

Universidad Pública de Navarra
Facultad de Ciencias de la Salud
Grado en Enfermería. Año 2016-2017
Convocatoria de defensa: Junio 2017

IMPACTO DE EVENTOS ADVERSOS EN EL PROFESIONAL SANITARIO "SEGUNDAS VÍCTIMAS"



Autor: Mónica Carvajal Ruz, alumna de 4º curso del Grado de Enfermería en la UPNA.
Directora: María Esther Ezquerro Rodríguez, profesora asociada al Departamento de Ciencias de la Salud e impartidora de docencia en el Grado de Enfermería

RESUMEN:
<p>Los eventos adversos están presentes en nuestro medio sanitario, hasta hace poco tiempo solo se había prestado atención y apoyo a las “primeras víctimas”, los pacientes y familiares afectados y se había olvidado por completo la atención a las “segundas víctimas”, los profesionales sanitarios involucrados en los mismos y que también sufren las consecuencias en el entorno personal y profesional.</p> <p>Esta Scoping Review tiene como objetivo analizar el impacto que la ocurrencia de un evento adverso tiene sobre los profesionales sanitarios e identificar las intervenciones de apoyo realizadas y disponibles para la atención a los mismos.</p> <p>Con ella, se pone de manifiesto que las segundas víctimas atraviesan 6 etapas de recuperación tras haberse visto implicadas en un evento adverso. Sufren síntomas físicos, psíquicos y mentales que les pueden llegar a incapacitar para desarrollar su profesión y que hasta el momento, en España, son pocas las intervenciones desarrolladas para su apoyo.</p>
PALABRAS CLAVE:
“Segundas víctimas”, “eventos adversos”, “impacto emocional” e “intervenciones de apoyo”.
ABSTRACT:
<p>Adverse events occur in our sanitary environment, not only are the “first victims”, the patients and their relatives affected by adverse events, but also the “second victims”, the healthcare professionals who are involved experience emotional, personal and professional consequences and we have not become aware of this important aspect for years.</p> <p>The aim of this Scoping Review is to analyze the impact the occurrence of an adverse event has on the healthcare providers and to identify the support programs and interventions available for the attention to them.</p> <p>As a conclusion, the results of this review shows “second victims” go through 6 stages of recovery after having been involved in an adverse event. Physical, emotional and mental symptoms are experienced by “second victims” and they can feel the inability to develop their own profession. Related to support programs, in Spain, a small amount of interventions have been developed to support “second victims” and some extra work is required to do in the future years.</p>
KEY WORDS:
“Second victims”, “adverse events”, “emotional impact” and “support programs”

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN	2
1.1. Conceptos relacionados con la seguridad del paciente.....	2
1.2. Epidemiología de los eventos adversos	2
1.3. Concepto de Segundas víctimas	3
1.4. Proceso de recuperación de la segunda víctima.....	4
1.5. Justificación personal.....	5
2. OBJETIVOS	7
2.1. Objetivo general.....	7
2.2. Objetivos específicos.....	7
3. METODOLOGÍA	8
3.1. Método de investigación	8
3.2. Estrategia de búsqueda: palabras clave en respuesta a PCC.....	8
3.3. Fuentes de datos.....	9
3.4. Criterios de inclusión y exclusión de artículos	9
4. RESULTADOS	11
4.1. Selección de los artículos	11
4.2. Impacto personal, profesional, familiar e institucional que sufren los profesionales sanitarios implicados en un evento adverso.....	13
4.3. Factores institucionales que incrementan la intensidad del fenómeno de las segundas víctimas.....	16
4.4. Intervenciones de apoyo para la atención a las Segundas víctimas en el entorno internacional.....	17
4.5. Intervenciones de apoyo para la atención a las Segundas víctimas en el entorno español.....	22
5. DISCUSIÓN	28
6. CONCLUSIONES	30
7. AGRADECIMIENTOS	31
8. BIBLIOGRAFÍA	32
9. ANEXO I: Características de los artículos seleccionados	36

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Conceptos relacionados con la seguridad del paciente

Desde la publicación en Noviembre de 1999 en Estados Unidos del informe “To err is Human: Building a safer health system” se puso de manifiesto que la atención sanitaria no está exenta de riesgos y que los profesionales sanitarios podían cometer errores, “at least 44,000 people, and perhaps as many as 98,000 people, die in hospitals each year as a result of medical errors that could have been prevented”. (1)

A partir de este momento se comenzó a trabajar en el concepto de seguridad del paciente y se definió el **daño asociado a la atención sanitaria** como el “daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente”.

Según el informe titulado Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente emitido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define la **seguridad del paciente** como “la reducción de riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro”.

Un **incidente relacionado con la seguridad del paciente** es “un evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente”. Este puede ser una circunstancia notificable, un cuasiincidente, un incidente sin daños o un incidente con daños (evento adverso).

- ✓ Una **circunstancia notificable** es una situación que tiene capacidad de causar daños pero no se produce ningún incidente.
- ✓ Un **cuasiincidente** es un incidente que no llega al paciente.
- ✓ Un **incidente sin daños** es un incidente que llega al paciente pero no le causa ningún daño apreciable o importante.
- ✓ Un **incidente con daños (evento adverso)** es un incidente que causa daño al paciente y tiene como consecuencia una lesión, una incapacidad, una prolongación de la estancia o la muerte del mismo. Estos incidentes son los que van a ocupar nuestro tema de estudio y trabajo. (2)

Por último cabe mencionar los **eventos centinela** como incidentes que producen la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas entre las que se incluyen la pérdida de una parte o función del cuerpo o el riesgo de las mismas. (3)

1.2. Epidemiología de los eventos adversos

Diversos estudios en España como el ENEAS, APEAS, EVADUR y SYREC se han elaborado con el objetivo de mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente mediante el estudio de la incidencia de los eventos adversos en los diferentes ámbitos de nuestro Sistema Nacional de Salud, analizar sus causas y describir el impacto que tienen los mismos en los pacientes que los sufren.

El estudio ENEAS revela que la incidencia de los eventos adversos relacionados con la asistencia hospitalaria es del 8,4% y esta es similar a las encontradas en otros estudios realizados en los países americanos y europeos con una metodología similar a la de este estudio. Casi la mitad, el 42,8% de estos eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria podrían ser evitables. Un 20,6% de los eventos adversos ocurrieron durante el periodo de prehospitalización siendo la causa del problema principal, el uso del medicamento (34,8%), la infección nosocomial (17,8%) y relacionado con un procedimiento quirúrgico (17,8%). (4)

El estudio APEAS revela que la prevalencia de los eventos adversos relacionados con las consultas a Atención Primaria es de un 11,18% y el 70,2% de los mismos se consideraron claramente evitables. Al igual que en el estudio ENEAS la principal causa de los mismos estaba relacionada con la medicación (48,2%), seguido de los cuidados (25,7%) , la comunicación (24,6%), el diagnóstico (13,1%), la gestión (8,9%) y otras causas (14,4%). (5)

El estudio EVADUR revela que un 12% de los pacientes que visitan los servicios de urgencias de hospitales españoles sufren algún tipo de evento adverso y que el 70% de los mismos tienen una elevada evitabilidad. Al igual que en los anteriores estudios las causas más frecuentes de los mismos fueron errores en la medicación, diagnóstico y comunicación. (6)

El estudio SYREC revela que la probabilidad de sufrir al menos un incidente relacionado con la seguridad por el hecho de estar ingresado en un Servicio de Medicina Intensiva es del 62%. El porcentaje de eventos adversos detectados fue de un 33,8% y de estos se constató que el 60% de ellos eran evitables. (7)

Estos estudios ponen de manifiesto que los eventos adversos en nuestro Sistema Nacional de Salud son frecuentes y que casi la mitad de los mismos son evitables. Hasta el momento actual se han desarrollado diferentes documentos e intervenciones con el objetivo de reducir la prevalencia de los mismos y proteger a los pacientes víctimas de ellos pero se ha olvidado por completo a los profesionales sanitarios y organizaciones sanitarias que también son una víctima de los mismos. Los estudios ENEAS y APEAS recogen que el 15% de los profesionales sanitarios se ven involucrados en un EA. Por otro lado, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria ponía de manifiesto que el 70% de los médicos de Atención Primaria reconocía al menos haber cometido un error clínico con sus pacientes. Estos profesionales sanitarios son considerados segundas víctimas y las organizaciones sanitarias a las que pertenecen son consideradas la tercera víctima. (4) (5)

1.3. Concepto de Segundas víctimas

En el año 2000 Albert Wu introdujo por primera vez el término Segundas Víctimas que hace referencia a los profesionales sanitarios implicados en un evento adverso que quedan traumatizados por esa experiencia o que no son capaces de afrontar emocionalmente la situación. (8)

Más tarde, las segundas víctimas han sido definidas por Scott et al. en 2009, como todo proveedor de servicios sanitarios, que participa de alguna forma en un evento adverso a consecuencia de lo cual queda emocional y profesionalmente traumatizado. (9)

Uno de los pocos estudios realizados en España acerca de este fenómeno llamado Proyecto de Investigación sobre Segundas y Terceras víctimas está revelando datos como

que un 62% de los profesionales sanitarios de Atención Primaria y un 72% de los profesionales de hospitales han vivido de cerca este fenómeno. Además, el 16% de los médicos y el 18% de las enfermeras han recibido formación acerca de cómo informar sobre un evento adverso y la mayoría de ellos, el 91% estaría interesado en recibir formación sobre ello.

La sintomatología que experimenta una segunda víctima comprende sentimientos de culpa, ansiedad, revivir el evento adverso una y otra vez, miedo a las consecuencias legales... Se trata de un sufrimiento distinto al del paciente y familiares pero tiene un impacto negativo que incapacita al profesional y aumenta la probabilidad de nuevos errores lo que ocasiona un daño a la organización sanitaria y aumenta el gasto económico. (10)

Estas segundas víctimas han sido poco estudiadas hasta el momento y hay pocas intervenciones de apoyo desarrolladas para facilitar su recuperación por lo que este trabajo se centrará en recopilar la información disponible acerca de las mismas, los síntomas que experimentan y las intervenciones desarrolladas hasta el momento para su apoyo y comprensión.

1.4. Proceso de recuperación de la segunda víctima

Con la realización de un estudio cualitativo titulado, "The natural history of recovery for the health care provider second victim after adverse patient events" (11) en el que participaron 31 profesionales sanitarios se pudo describir el fenómeno de las segundas víctimas como un hecho que altera la vida del profesional y deja una huella permanente en el mismo.

Todos los participantes describieron tras la ocurrencia de un evento adverso las mismas etapas de recuperación por las que atravesaron y en todos ellos se identificó el concepto de **triggering** que consiste en revivir el suceso traumático cuando el recuerdo de este es activado por un estímulo externo relacionado con el evento experimentado como la localización exacta en la que vivió el evento adverso, el mismo nombre del paciente o un mismo diagnóstico o situación clínica. Esto tiene como consecuencia que el profesional vuelve a experimentar los mismos síntomas físicos y psicológicos que tuvo en el pasado.

En total se identificaron 6 etapas de las cuales las 3 primeras ocurren justo después de la vivencia del evento adverso y pueden experimentarse de manera simultánea o de forma secuencial.

La primera de ellas es denominada **confusión y respuesta al accidente**. Esta se caracteriza porque el profesional sanitario implicado se da cuenta del error cometido. Una vez que el evento adverso ha ocurrido el profesional responsable del mismo se adentra en una continua confusión y agitación que le impide actuar con claridad y concentrarse en la situación de emergencia para actuar de forma rápida y eficaz. Este busca ayuda en otros profesionales sanitarios ya que el objetivo principal en este momento es estabilizar al paciente y tiene como consecuencia un pensamiento de castigo por no haberse hecho responsable de la situación el mismo. Las preguntas más frecuentes que se plantea el profesional son ¿Qué ha pasado? ¿Por qué ha ocurrido?

La segunda fase se caracteriza por la aparición de **pensamientos intrusivos**. La segunda víctima comienza a reevaluar mentalmente el escenario donde ha ocurrido todo una y otra vez tratando de reconstruir el evento de forma obsesiva. Algunas de las preguntas

que se formula son ¿En qué he fallado? ¿Podría haberlo evitado? Con frecuencia, estos se aíslan y aparecen sentimientos de incompetencia profesional.

En la tercera etapa del proceso de recuperación, la segunda víctima intenta **restaurar su integridad personal**. Se produce una aceptación de lo ocurrido entre la estructura laboral y social. El profesional sanitario hace frente a los rumores que le surgen en el entorno profesional sobre lo sucedido y con frecuencia, aparece el miedo. Las cuestiones que se plantea en esta fase son ¿Qué pensarán los demás de mí? ¿Alguna vez volveré a ser alguien en quién confiar? ¿Por qué no logro conseguir la concentración en mi trabajo?

Una vez que el profesional ha atravesado estas tres etapas iniciales empieza a tomar conciencia de la gravedad de lo ocurrido. Este realiza esfuerzos para responder a los múltiples por qué que se encuentran en su cabeza y comienza a interactuar con las diferentes personas que se encontraban presentes en el evento adverso. El profesional debe afrontar en este momento la comunicación de lo ocurrido al paciente y su familia y puede aparecer el miedo sobre las posibles medidas que se puedan tomar contra él por lo sucedido. Las preguntas que se formula la segunda víctima en esta cuarta fase conocida como **resistiendo al proceso** son ¿Cómo debo informar al paciente? ¿Qué va a pasar después de esto? ¿Con quién puedo hablar de lo sucedido? ¿Qué repercusión tendrá el evento adverso en mi trabajo?

La quinta etapa del proceso de recuperación es conocida como **consiguiendo apoyo emocional** y se caracteriza por los movimientos que realiza la segunda víctima para obtener apoyo tanto en el área personal como profesional. La segunda víctima se plantea la necesidad de recibir ayuda y comienza a preguntar a dónde debe dirigirse para conseguirla.

La última etapa de recuperación consiste en cómo la segunda víctima resuelve su proceso de recuperación y **sigue hacia delante**. Se plantean tres desenlaces:

1) El abandono que hace referencia a ausentarse con frecuencia del trabajo, solicitar el traslado a otra unidad o centro diferente y la consideración de renunciar al ejercicio de la profesión sanitaria. La elección de esta opción se caracteriza por intensos sentimientos de falta de competencia por parte del profesional.

Otro de los desenlaces posibles es conocido como 2) supervivencia y se caracteriza por superar lo ocurrido de un modo incompleto, aunque la segunda víctima continúa desempeñando su puesto de trabajo esta es incapaz de integrar de forma correcta lo vivido y no se deshace de los pensamientos intrusivos.

Finalmente, 3) la superación es la forma más saludable y adaptativa de resolver el proceso de recuperación. Las segundas víctimas que alcanzan esta fase mantienen un equilibrio entre su vida personal y profesional, esto les permite ganar visión y perspectiva del error y aprender de lo ocurrido. Muchas de ellas se suelen implicar en desarrollar iniciativas para mejorar la seguridad del paciente. (12)

1.5. Justificación personal

El tema elegido para abordar y estudiar en mi Trabajo de Fin de Grado fue los eventos adversos relacionados con los cuidados. Para comenzar a conocer el tema leí la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud.


Una de las líneas estratégicas que propone esta estrategia es la implementación de prácticas clínicas seguras y uno de sus objetivos es el de promover el diseño y desarrollo de estrategias para el abordaje de los eventos adversos graves en los centros sanitarios. En este objetivo se hace referencia al concepto de Segundas víctimas, los profesionales sanitarios también sufren las consecuencias de verse implicados en un evento adverso grave y es necesaria la disponibilidad de programas e intervenciones de apoyo a los mismos para poder informar abiertamente del evento sucedido y facilitar su reincorporación a la asistencia sanitaria sin secuelas físicas o psíquicas de lo sucedido. (13)

Durante la realización de los diferentes Practicum en diferentes áreas sanitarias he podido vivir la ocurrencia de diferentes eventos adversos. Uno de los que más me impactó fue relacionado con la administración de medicación, el error no tuvo consecuencias para el paciente ya que se interrumpió la administración a los pocos segundos pero el impacto emocional que supuso para su enfermera no fue abordado por nadie. La enfermera necesitaba comentar este error con alguien y su medio de apoyo fueron las compañeras de trabajo y yo misma, sin embargo, no fue suficiente ya que probablemente siguió pensando en el mismo y cómo no se podía haber dado cuenta durante varias semanas. A raíz de este suceso, me di cuenta que el impacto que tiene un evento adverso en el profesional sanitario es ignorado e incluso ocultado y es necesario el desarrollo de programas de atención que sirvan de apoyo y aprendizaje para ellos y la organización sanitaria. El fenómeno de las Segundas víctimas es poco conocido y estudiado en España por ello este tema despertó mi atención y curiosidad.




Con la realización de este trabajo se reconocen que los eventos adversos ocurren mientras se presta asistencia sanitaria y que estos no sólo tienen un impacto en el paciente y sus familiares sino que también afectan a los profesionales sanitarios e instituciones sanitarias y no se tiene un plan de actuación definido para su abordaje.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

-  **Analizar el impacto que la ocurrencia de un evento adverso tiene sobre los profesionales sanitarios.**

2.2. Objetivos específicos

-  Estudiar el fenómeno de los Eventos Adversos y Segundas víctimas en el entorno Español e internacional epidemiológicamente y definir sus conceptos clave.
-  Conocer el impacto personal, profesional, familiar e institucional que sufren los profesionales sanitarios implicados en un evento adverso.
-  Identificar la Intervenciones de apoyo realizadas y disponibles para la atención a las Segundas víctimas en el entorno Español e Internacional.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de investigación

La metodología seleccionada para la realización del Trabajo es una Scoping Review con el objetivo de obtener la evidencia y una síntesis de conocimientos acerca del fenómeno de las Segundas víctimas y las intervenciones desarrolladas para proporcionarles apoyo.

La Scoping Review tiene por objetivo trazar los conceptos claves que definen un área de investigación así como aclarar las definiciones de trabajo y los límites conceptuales de un tema. Esta puede enfocarse en uno de estos objetivos o en todos ellos.

Las etapas de la misma consisten en primer lugar en, definir el objetivo y la pregunta de búsqueda, en mi caso, voy a evaluar la magnitud y el impacto que tiene la ocurrencia de los eventos adversos en los profesionales sanitarios.

Para conseguir dicho objetivo, la pregunta que me he formulado a la hora de realizar la búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos disponibles para recopilar información sobre mi tema de trabajo la he establecido mediante la regla nemotécnica PCC (Población, Concepto y Contexto) y es la siguiente:

¿Cuál es el impacto que tiene la ocurrencia de un evento adverso en el profesional sanitario?

Finalmente he analizado, evaluado y seleccionado la información obtenida de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión establecidos para luego presentar un resumen y conclusiones de los datos más relevantes obtenidos. (14)

3.2. Estrategia de búsqueda: palabras clave en respuesta a PCC

En cuanto a la **población**, he empleado el término “segundas víctimas” que engloba a todos los profesionales sanitarios médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, farmacéuticos, celadores, matronas... y el término “profesionales sanitarios” con sus respectivos sinónimos en inglés “second victims” “healthcare professionals” y “healthcare provider”.

En cuanto al **concepto**, se emplearon los términos “eventos adversos” y “errores médicos” con sus respectivos sinónimos en inglés “adverse events” y “medical error”.

En cuanto al **contexto**, se ha empleado el término “seguridad del paciente”, “intervenciones de apoyo” “impacto emocional” con sus respectivos sinónimos en inglés “patient safety”, “support programs” “emotional impact”.

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en las bases de datos específicas de ciencias de la salud Pubmed, IBECs, CINAHL complete, Science direct y Biblioteca Cochrane Plus. En estas última base de datos no se obtuvo ningún artículo relacionado con el tema.

Los operadores booleanos utilizados fueron O, OR, Y, AND. Se realizaron truncamientos utilizando el asterisco * para incluir tanto los singulares como los plurales de los términos de búsqueda. No se utilizó ningún término MeSH. Se realizaron búsquedas complejas utilizando los campos de Title/Abstract y Author y búsquedas sencillas. No se establecieron límites de tiempo en ninguna de las bases debido a que es un tema que se ha empezado a estudiar recientemente.

Se realizó una búsqueda complementaria utilizando los términos de “Albert Wu” y “Susan Scott” ya que como se explicó en la introducción Albert Wu fue el primer autor que acuñó

el término segundas víctimas a los profesionales que quedaban traumatizados al verse implicados en un evento adverso y no eran capaces de superar esta experiencia.

Por último, utilizando la técnica de bola de nieve se incluyeron algunos artículos que fueron relevantes para el tema de estudio.

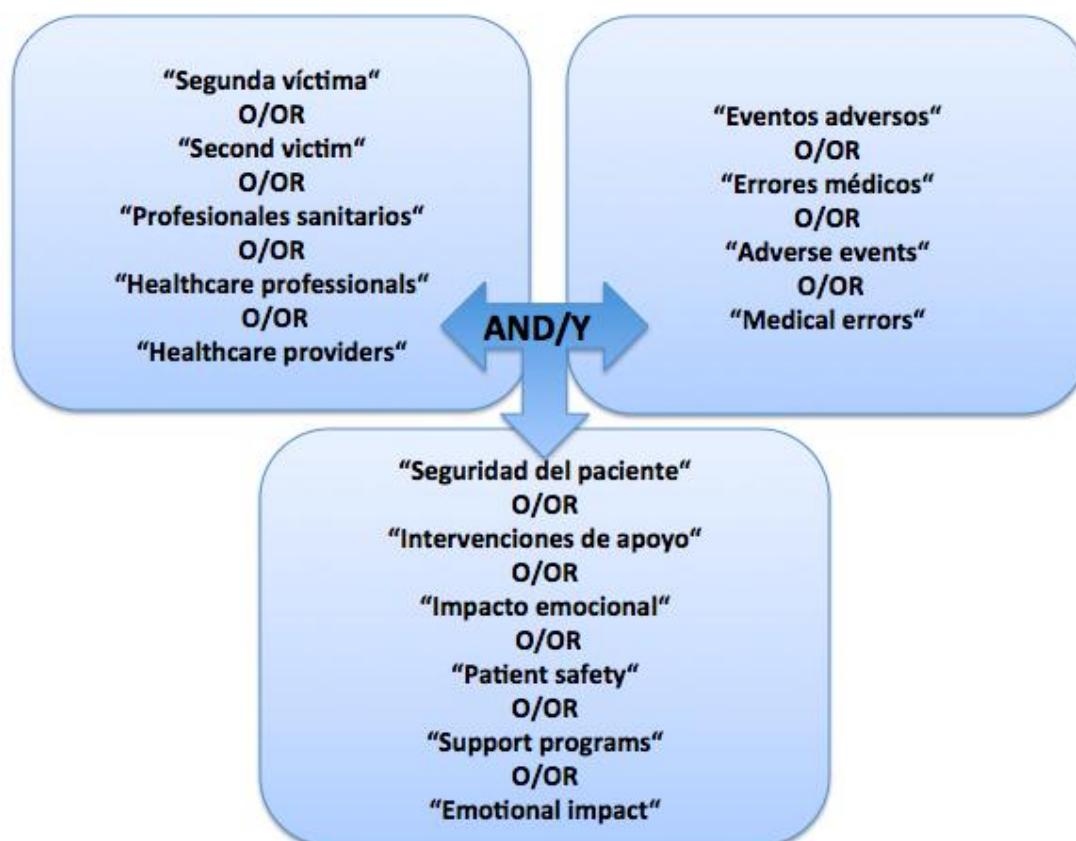


Figura 1: Estrategia de búsqueda. (elaboración propia).

3.3. Fuentes de datos

Pubmed, IBECs, CINAHL complete y Science Direct fueron las bases de datos seleccionadas y se buscó información desde el inicio de la fecha de cada base hasta Diciembre 2016. Los artículos fueron seleccionados tanto en Inglés como en Castellano.

Por otro lado, también se llevó a cabo una revisión de algunas páginas webs relacionadas con el tema y que aportan información realmente interesante. Una de ellas dispone de una herramienta que consiste en la realización de un curso online para obtener información sobre el fenómeno de las segundas víctimas en España (15). Tres de ellas corresponden a las páginas web en las que se describen información sobre tres programas de apoyo a las segundas víctimas desarrollados en Estados Unidos (16) (17) (18). Y la última de ellas corresponden a la página web de la fundación de las segundas víctimas (19).

3.4. Criterios de inclusión y exclusión de artículos

Los criterios de inclusión fueron:

- ✓ La literatura obtenida debía tener acceso al texto completo gratuito.

- ✓ Tipo de estudio: era válida cualquier fuente de información obtenida bien fueran monografías, tesis, guías de recomendaciones, cartas al director o artículos de revista cuyo método de investigación respondiera a una revisión sistemática, revisión narrativa, estudios cualitativos, estudios transversales, estudios descriptivos y ensayos clínicos.
- ✓ La bibliografía tenía que responder a la pregunta formulada para la búsqueda, es decir, en ella se debían abordar el concepto de segunda víctima y el impacto físico, psicológico, profesional, familiar e institucional que suponía el ser partícipe de un evento adverso. Además, se incluyen publicaciones que mencionen acciones implementadas o demandadas por el profesional sanitario para apoyar a la segunda víctima.
- ✓ Los participantes en los artículos seleccionados debían de ser profesionales sanitarios, bien fueran médicos, enfermeras, farmacéuticos, celadores o auxiliares de enfermería.
- ✓ Artículos procedentes de cualquier comunidad geográfica. No se establecieron límites geográficos.
- ✓ Se estudia el fenómeno de las segundas víctimas tanto en Atención primaria como en la hospitalaria.

Los criterios de exclusión fueron la literatura que no tenía a acceso completo, testimonios personales, bibliografía que no estuviera publicada en inglés o castellano y que no respondiera a la pregunta de búsqueda utilizada.

4. RESULTADOS

4.1. Selección de los artículos

La revisión de artículos la realiza una única investigadora y el proceso de selección de artículos seguido se describe en [la Figura 2](#).

Utilizando los términos anteriormente citados en la estrategia de búsqueda, en la base de datos **Pubmed** se realizan tres tipos de búsqueda distintas y se obtienen un total de 55 artículos.

En la base de datos **IBECs** se realiza una búsqueda sencilla y se obtienen 8 artículos.

En la base de datos **CINAHL complete** se realizan dos búsquedas y se obtienen un total de 54 artículos.

En la base de datos **Science Direct** se realizan dos búsquedas y se obtienen un total de 48 artículos.

Como se indica en la [Figura 2](#) de los 165 artículos encontrados se eliminaron 22 que estaban duplicados. En total se obtuvieron 143 referencias bibliográficas que tras la lectura del título y resumen se eliminaron 113 referencias. De las 30 referencias seleccionadas se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión y fueron eliminadas 5 por no cumplirlos.

Finalmente, utilizando la técnica de bola de nieve fueron añadidos otros 5 artículos más y como resultado se obtuvieron 30 referencias bibliográficas de las cuáles 6 correspondían a estudios descriptivos transversales, 5 correspondían a estudios cualitativos fenomenológicos, 4 correspondían a revisiones sistematizadas, 2 correspondían a ensayos clínicos, 2 a cartas al lector y 11 artículos a revisiones narrativas. En el [Anexo](#) disponible al final de este documento se describen las características de los artículos encontrados y seleccionados.

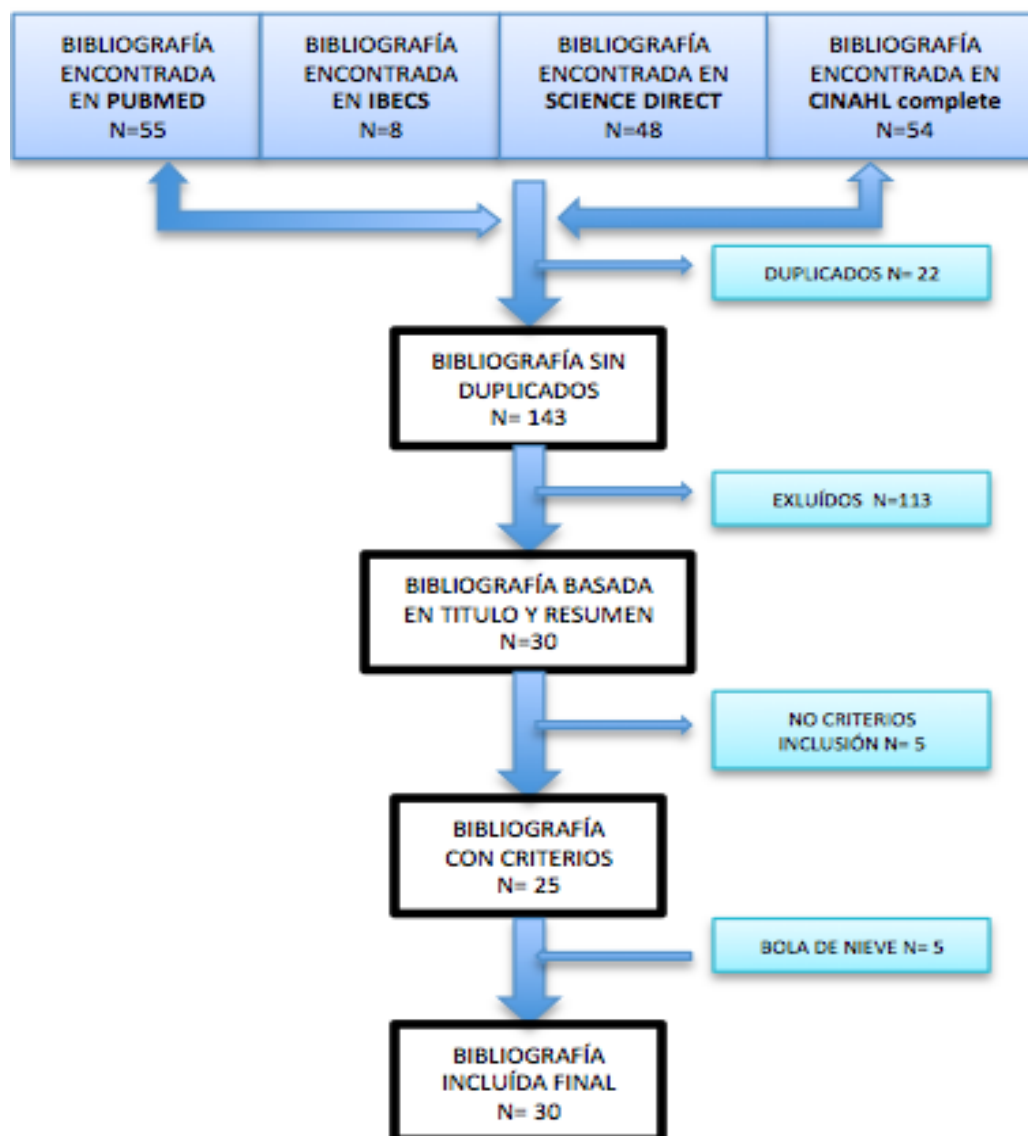


Figura 2: Proceso de selección de artículos (elaboración propia)

4.2. Impacto personal, profesional, familiar e institucional que sufren los profesionales sanitarios implicados en un evento adverso

En un estudio cualitativo fenomenológico realizado por E Van Gerven, D Dewer, SD Scott et al (20) en el que se entrevistaron a 31 médicos, enfermeras y comadronas se llegó a la conclusión de que la segunda víctima implicada en un evento adverso puede experimentar consecuencias en el aspecto personal tanto físicamente como psicológicamente, en el ámbito profesional y en la vida familiar

En el **aspecto personal**, la respuesta emocional se caracteriza por sentirse solo, negativo y culpable. El profesional se avergüenza de sí mismo y se siente disgustado por lo ocurrido. Pueden aparecer respuestas de ansiedad, shock, desesperación, tristeza, ataques de pánico, impotencia, enfado, frustración, estrés y negación de lo ocurrido.

La respuesta mental se caracteriza por la presencia de flashbacks en los que se revive la ocurrencia del evento adverso y a largo plazo, la depresión, el agotamiento y la sobrecarga en el trabajo por lo ocurrido “síndrome del trabajador quemado”. También, pueden aparecer síntomas físicos como el insomnio, cefalea, vómitos, llanto incontrolado, dolor de estómago, la pérdida de peso y de apetito, el nerviosismo y estrés junto con agitación, taquicardia e hipertensión. En casos extremos, algunos profesionales han sufrido ataques al corazón.

En el **ámbito profesional**, la respuesta emocional se puede manifestar con una disminución de la resiliencia en el profesional, es decir, una disminución de la capacidad del mismo para adaptarse de manera positiva al evento adverso cometido. Pueden aparecer la pérdida de confianza en sí mismo y en su criterio profesional, la incertidumbre ante cualquier decisión, la pérdida del disfrute de su trabajo y profesión, el estrés y el aislamiento tanto personal, como profesional y familiar.

La respuesta mental del profesional puede ser tanto positiva como negativa. Las respuestas positivas se caracterizan por el aprendizaje del error cometido, se adquiere mayor conciencia de la responsabilidad de sus actos y su profesión, se toman más medidas de precaución, se adquiere una actitud más crítica y se presta mucha atención a las medidas de prevención. En definitiva, el profesional adquiere una actitud de cautela. Las respuestas negativas se caracterizan por la pérdida de concentración en el trabajo, el miedo al futuro por las posibles consecuencias legales y profesionales que pueda tener el verse envuelto en un evento adverso, el miedo a la pérdida de la reputación, utilizar la medicina defensiva como método de trabajo y el adquirir una actitud suspicaz.

Respecto a las respuestas físicas se encuentra el miedo a no poder ejercer su profesión por no sentirse capaz de ello, el cambio de servicio o de hospital por otro que requiera menos responsabilidades que el anterior y la retirada de la profesión.

En la **vida familiar** puede aparecer tensión en su entorno con su pareja, hijos, padres... a consecuencia de los sentimientos que provoca en el profesional el verse involucrado en un evento adverso y esto puede desencadenar un cambio en su personalidad, el estar más irritable y la infelicidad.

En otro estudio realizado por S Abd Elwahab y E Doherty (21) se describe el fenómeno de las segundas víctimas en médicos pertenecientes a distintas especialidades. En este, cabe destacar que los médicos de menor edad y residentes son los colectivos más vulnerables a cometer errores y experimentar la sintomatología que caracteriza a las segundas

víctimas. “El 34% de los médicos residentes que trabajaban en Estados Unidos en el 2006 estuvieron envueltos en un evento adverso en el periodo de tres años y el 14,3% de ellos se habían visto involucrados en uno cada periodo de tres meses”. Los síntomas recogidos en el estudio son similares a los del estudio anterior.

Los autores Schwappach y Boluarte en su estudio (22) describieron un círculo vicioso en el que se podía ver atrapado el médico involucrado en un evento adverso. Este al verse involucrado desarrolla la sintomatología de miedo, vergüenza, culpabilidad, frustración detallada anteriormente que acaba conduciendo a una depresión y una sobrecarga de trabajo del profesional que tienen como consecuencia una disminución de la calidad del cuidado prestado a los pacientes y a un aumento de la posibilidad de cometer más errores.

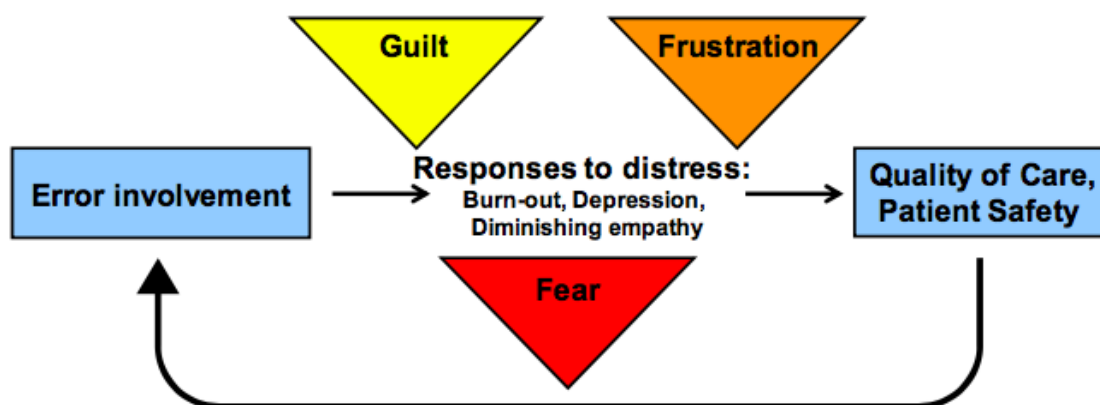


Figura 3: Círculo en el que se ve envuelto el profesional sanitario tras cometer un error (22).

Por otro lado, los cirujanos siguen un proceso de recuperación diferente al resto de los profesionales sanitarios, estos atraviesan 4 fases emocionales diferentes descritas también en el estudio de LM Marmon, K Heiss et al (23). La primera de ellas, **el golpe**, corresponde al periodo inmediato en el que se es consciente del error cometido, el cirujano experimenta los síntomas de depresión y sentimiento de fracaso y se realiza la pregunta de ¿He sido suficientemente bueno? Que se asocia con una respuesta psicológica de estrés y reduce su bienestar general. La segunda fase llamada **la caída** se caracteriza por sentimientos de duda, el cirujano comienza a repasar y pensar en los hechos sucedidos y se pregunta ¿Fue mi culpa? En la tercera fase el cirujano reflexiona sobre los hechos y los analiza, aprende de lo ocurrido y gana experiencia. Finalmente, la cuarta fase es el cambio de comportamiento y práctica clínica que el cirujano tiene en respuesta al evento adverso que ha vivido. Estos pueden experimentar síntomas físicos que afecten a su técnica quirúrgica como temblores, torpeza y pérdida de destreza además de todos los anteriormente relatados.

Los estudios realizados S Paparella (24) y JH Jones, LA Treiber et al (25) analizan la respuesta emocional de las enfermeras ante la ocurrencia de un evento adverso como un error de administración de medicación y los factores que contribuyen a que ocurran los mismos. Se ha descrito que la causa principal de los mismos es el entorno en el que trabajan las enfermeras lleno de interrupciones y que les obliga a realizar varias tareas a la vez lo que les impide concentrarse en una sola. Otras que influyen son la falta de personal y los turnos rotados y jornadas que realizan.

Los síntomas iniciales de las enfermeras corresponden a estados de shock, enfado, negación, desánimo, impotencia, remordimientos y pérdida de la autoestima personal y profesional. En muchas ocasiones pasan por estados de negociación, culpabilidad y arrepentimiento por sus acciones. A largo plazo, pueden experimentar, la vivencia de pesadillas, la ocurrencia de flashbacks, sentimientos de depresión y ansiedad y la incapacidad para perdonarse a sí mismas.

En el estudio realizado por los autores SD Pratt y BR Jachna (26) se hace referencia a todos los anteriores síntomas descritos experimentados por las segundas víctimas y a su proceso de recuperación. Además, en él se describen dos características importantes y específicas de la sintomatología de las mismas. “Mulling” que consiste en un pensamiento compulsivo sobre lo sucedido que puede acabar dominando la mente de los profesionales ocasionándoles problemas de concentración a la hora de realizar otras tareas, limitando sus horas de sueño e incrementando su nivel de culpabilidad y estrés y “triggering” que consiste en revivir el suceso una y otra vez cuando este es estimulado por otros estímulos externos que pueden tener o no relación con el evento adverso vivido por el profesional.

Aspectos como la duración de los síntomas y factores de riesgo para convertirse en una segunda víctima han sido poco estudiados. Cabe decir que el haberse visto envuelto en un evento adverso no quiere decir que el profesional sanitario se vaya a convertir en una segunda víctima. Algunos de los factores de riesgo que incrementan la posibilidad de convertirse en segunda víctima descritos en este estudio son:

- ✓ Severidad del daño causado en el paciente.
- ✓ Dedicar más del 75% del tiempo a la práctica clínica.
- ✓ Género femenino.
- ✓ Muerte ocurrida en un paciente joven.
- ✓ Responsabilizarte del error ocurrido.
- ✓ Errores cometidos en casos pediátricos.
- ✓ Urgencias en las que el desenlace no es exitoso.
- ✓ Pacientes conocidos: familiares, compañeros de trabajo, personal hospitalario...
- ✓ Primera experiencia con desenlace no positivo.
- ✓ “Triggering”.

Respecto a la duración de los síntomas en el estudio cualitativo fenomenológico realizado por S Ullström, MA Sachs, J Hansson et al (27) en el que se entrevistaron a 21 profesionales sanitarios todos describieron una larga duración de los síntomas variando desde unos pocos meses hasta un año o más. Muchos refirieron que el evento vivido siempre estaba presente y que continuaban recordándolo de vez en cuando.

En el estudio realizada por D Seys, A Wu y E Van Gerven et al (28) se pone de manifiesto la sintomatología descrita en todos los estudios nombrados anteriores y en él también se reafirma que las reacciones de las segundas víctimas están influenciadas por el resultado que el evento adverso tiene en el paciente y el grado de responsabilidad que ellos tienen sobre el evento. Además, en este y otros estudios como el realizado en España por JJ Mira, I Carrillo, S Lorenzo et al (10) se llega a la conclusión de que la sintomatología que experimentan las segundas víctimas es similar a la experimentada en el trastorno de estrés post-traumático añadiéndole a este las dudas sobre informar al paciente, los compañeros de trabajo y jefes de sección sobre lo que ha ocurrido, el miedo a las consecuencias legales que puede tener el haberse visto involucrado y la preocupación por

perder su puesto de trabajo. Esto también queda reflejado en el estudio realizado por HH Edrees, LA Paine, ER Feroli et al (29).

Finalmente, el hospital o el centro sanitario en el que trabaja la segunda víctima también sufre las consecuencias del evento adverso cometido y se considera la tercera víctima ya que su reputación queda dañada y la confianza de las personas en esa institución queda debilitada por lo ocurrido.

4.3. Factores institucionales que incrementan la intensidad del fenómeno de las segundas víctimas.

Los autores JJ Mira y S Lorenzo (30) manifiestan que la falta de conciencia por parte de la población de que la asistencia sanitaria totalmente segura no es posible, una cultura centrada en el error humano y no en los fallos latentes del sistema sanitario y la ausencia de programas de ayuda y soporte implantados por los directivos de los centros sanitarios no facilitan la disminución de la frecuencia e intensidad del fenómeno de las segundas víctimas.

Esto se pone de manifiesto con el estudio realizado por JJ Mira, S Lorenzo, I Carrillo et al (31) en el que se analizan las estrategias adoptadas por los centros de Atención Primaria y hospitales en España para abordar el impacto de los eventos adversos en las segundas víctimas “ El 71% y 61% de los encuestados (gerentes de seguridad del paciente) de hospitales y centros de Atención primaria declararon prestar apoyo deficiente a las segundas víctimas respectivamente, estos informaron de que no existía un protocolo de apoyo para las segundas víctimas en sus organizaciones”.

Continuando en esta línea, el autor C Denham (32) propone cinco correctos que todo profesional sanitario y directivo debe considerar cuando un paciente sufre un daño a consecuencia de un evento adverso en el que se ha visto involucrado un profesional sanitario que puede convertirse en segunda víctima. Estos son recordados por el acrónimo inglés **TRUST**:

- ✓ Tratar al profesional con una cultura no punitiva (**T**reatment that is just culture).
- ✓ Respeto (**R**espect).
- ✓ Compresión y compasión (**U**nderstanding and compassion).
- ✓ Apoyo al profesional y cuidado (**S**upportive care).
- ✓ Comunicación del error, transparencia del mismo y aprendizaje (**T**ransparency and the opportunity to contribute to learning).

El estudio realizado por F Van Pelt, un médico anestesista (33) comienza con el relato de un evento adverso que le ocurre con una paciente que iba a ser intervenida por traumatología. La comunicación del evento adverso a la familia fue llevada a cabo por otros profesionales y este fue aconsejado de no llevar a cabo ningún tipo de comunicación con la familia ni con la paciente. Él se sentía responsable de lo sucedido y decidió comunicarse con la paciente y contarle lo ocurrido al margen de lo que le habían dicho, tras este encuentro con ella sus sentimientos de angustia y ansiedad por lo ocurrido fueron desapareciendo porque por primera vez alguien le ofreció la oportunidad de explicar la versión de sus hechos.

Los autores E O'Connor, HM Coates, IA Yardley et al (34) ponen de manifiesto que hay mucha diferencia entre la realidad con la que se comunica la ocurrencia de un evento adverso a las familias y la práctica del “open disclosure” propuesta en la teoría. Los

profesionales sanitarios implicados en un evento adverso apoyan que se lleve a cabo esta comunicación ya que les aporta tranquilidad y con ella asumen su responsabilidad. El objetivo del “open disclosure” es asegurar una comunicación veraz al paciente y su familia reconociendo y expresando sus disculpas por lo sucedido, atendiendo las expectativas de atención al paciente e informando sobre medidas que se vayan a implantar para evitar que incidentes similares vuelvan a ocurrir. (35)

Esta comunicación descrita no se lleva a cabo por el miedo a las consecuencias legales que en muchas ocasiones puede tener el reconocimiento de haberse visto envuelto en un evento adverso y por esta razón, el estudio realizada por M de Wit, C Marks, J Natterman et al (36) apoya y defiende que las conversaciones mantenidas entre los profesionales sanitarios y el paciente y sus familiares cuando se comunica la ocurrencia de un evento adverso y las mantenidas en los programas de apoyo a las segundas víctimas deben de ser confidenciales y no se deben utilizar en su contra en los juzgados y demandas interpuestas.

Como conclusión, en el estudio realizado por JJ Mira, I Carrillo, S Lorenzo et al (10) se hace referencia a que el 50% de los profesionales de Atención primaria y el 62% de los profesionales sanitarios que trabajan en hospitales españoles han informado a sus pacientes de la ocurrencia de un evento adverso con una comunicación abierta y veraz. Esta comunicación se realiza en los centros en los que existe una mayor cultura de seguridad del paciente.

4.4. Intervenciones de apoyo para la atención a las Segundas víctimas en el entorno internacional

En el estudio cualitativo fenomenológico realizado por E Van Gerven, D Dewer, SD Scott et al (20) se hace referencia a que las segundas víctimas utilizan estrategias de afrontamiento centradas en el problema y en la emoción después de la ocurrencia de un evento adverso durante una intervención sanitaria en la que se han visto involucrados.

Las estrategias de afrontamiento centradas en el problema consisten en buscar el aprendizaje de lo sucedido realizando un análisis causa-raíz para determinar la causa de la ocurrencia del evento adverso. Muchos profesionales involucrados en el mismo se convierten en coach para sus compañeros y cuentan su experiencia y el impacto que ha tenido en ellos y dan a conocer que se necesita más formación e información sobre la manera de actuar tras haberse visto envueltos en un evento adverso.

Las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción consisten en hablar con los compañeros de trabajo sobre lo sucedido o por otro lado, negar lo ocurrido y actuar como si nada hubiera pasado. Algunos se alejan del lugar de los hechos, cambian de centro de trabajo, compañeros o incluso abandonan la profesión médica mientras que otros toman conciencia y responsabilidad de lo ocurrido.

En el estudio realizado por F Van Pelt, (33) mencionado anteriormente, en el que se relata la ocurrencia de un evento adverso en su ejercicio como anestesista y el proceso de comunicación del mismo con Linda, la mujer a la que le fue causado supuso el inicio de un equipo de trabajo para crear un método de apoyo a las personas que como él se habían visto envueltas en un evento adverso. Este equipo de trabajo implementó en el Brigham and Women’s Hospital un programa de soporte “Peer support team” hacía las segundas víctimas en el año 2006.

Una de las barreras que identificaron a la hora de implantarlo fue el estigma existente entre los profesionales sanitarios a la hora de buscar ayuda por medio de un programa de apoyo como este y los servicios de salud mental para poder superar el impacto de haberse visto envueltos en un evento adverso. Una encuesta que realizaron a 78 de sus trabajadores reveló que sólo el 10% de ellos utilizaría los servicios de apoyo una vez que se les hubieran ofertado y, por esta razón, se decidió que el primer contacto con el que hablar tras la ocurrencia de un evento adverso debía ser un profesional sanitario compañero que compartiera su mismo bagaje profesional y así superar este estigma. Las características del Peer support team fueron las siguientes:

- ✓ La credibilidad de los compañeros: estos debían de ser respetados por sus habilidades y por la capacidad de escuchar a los demás sin juzgar.
- ✓ La disponibilidad inmediata de los mismos: los 7 días de la semana y las 24 horas del día con una estructura bien organizada y visible para los trabajadores.
- ✓ El acceso voluntario.
- ✓ La confidencialidad.
- ✓ Se trata de una primera ayuda emocional (“emotional first aid”) para superar el impacto y no una terapia.
- ✓ Facilitar el acceso a un nivel de apoyo más formal (servicios de salud mental) si fuera necesario.

Por otro lado, a raíz de esto Linda en 2002 fundó la [“Medically Induced Trauma Support Services” \(MITSS\)](#) cuya misión principal es apoyar la curación y restaurar la esperanza de todas las personas afectadas por eventos adversos médicos.

En la University of Missouri Health Care (MUHC) como se explica en el estudio llevado a cabo por SD Scott, LE Hirschinger, KR Cox et al (9) comenzaron a investigar sobre el fenómeno de las segundas víctimas y su experiencia para así poder definir un programa de soporte de ayuda rápida para facilitar la superación de los síntomas a los profesionales sanitarios. El equipo de trabajo comenzó a informarse sobre el tema gracias a los dos programas anteriores desarrollados en el sistema sanitario y otros fuera del sistema como el Critical Incident Stress Management (CISM) utilizado por el personal de aviación y prehospitalario en eventos comunitarios post traumáticos y además, realizó una encuesta a todo el equipo profesional perteneciente al MUHC para estimar la magnitud del problema, las características de la sintomatología experimentada y la ayuda y apoyo deseado por los profesionales y, de esta manera, establecer los requisitos que debía cumplir el programa de apoyo diseñado.

Tras la recogida de los resultados y el estudio de las características deseadas por los profesionales sanitarios, el programa de apoyo se desarrolló en 2009 [Rapid Response Team forYOU Team](#) en MUHC. Este programa intenta aportar una especie de “primeros auxilios emocionales” a todos aquellos profesionales que tienen dificultad para sobreponerse emocionalmente tras haberse enfrentado a situaciones críticas como la ocurrencia de un evento adverso.

El objetivo del forYOU Team es ayudar al profesional a recuperar un nivel de práctica clínica satisfactorio como el que tenía previo al incidente, además de apoyarlo y proporcionarle un entorno seguro en el que pueda expresar sus sentimientos y pensamientos. Este se basa en un modelo de apoyo a tres niveles que pretende facilitar la transición del profesional sanitario a lo largo de las seis etapas por las que atraviesa la

segunda víctima durante el proceso de recuperación emocional. El tipo y especificidad de apoyo difieren en función del momento y de las necesidades del profesional afectado. Este esta abierto a todos los profesionales del centro y las 24 horas del día los 7 días de la semana.

- ✓ **Nivel 1:** consiste en el apoyo que se proporciona en el momento inicial, es decir, inmediatamente después de que se produce el evento adverso. Se trata de un apoyo local porque tiene lugar en la unidad o servicio en el que se han producido los hechos y es realizado por los compañeros de trabajo del afectado. Este consiste en manifestaciones de consuelo y críticas constructivas por parte de los mismos.
- ✓ **Nivel 2:** consiste en el apoyo individual proporcionado por iguales que han sido entrenados para ello o por agentes de seguridad del paciente y gestores de riesgos. El apoyo básico que se proporciona en este nivel se caracteriza por ser de tú a tú y confidencial. También, se pueden llevar a cabo sesiones grupales de apoyo. Se trata de un nivel de apoyo importante ya que los procesos de investigación del suceso actúan como desencadenantes de la sintomatología inicial. Estos miembros que han sido entrenados se deben reunir mensualmente para evaluar la puesta en marcha del programa, reflexionar sobre los casos y realizar sesiones de entrenamiento.
- ✓ **Nivel 3:** consiste en la aportación de apoyo especializado al que se recurre en aquellos casos en los que ocurre una intensificación o persistencia de los síntomas. La red de derivación está constituida por: trabajadores sociales, psicólogos clínicos, programas de asistencia a empleados...

Scott Three-Tiered Interventional Model of Second Victim Support

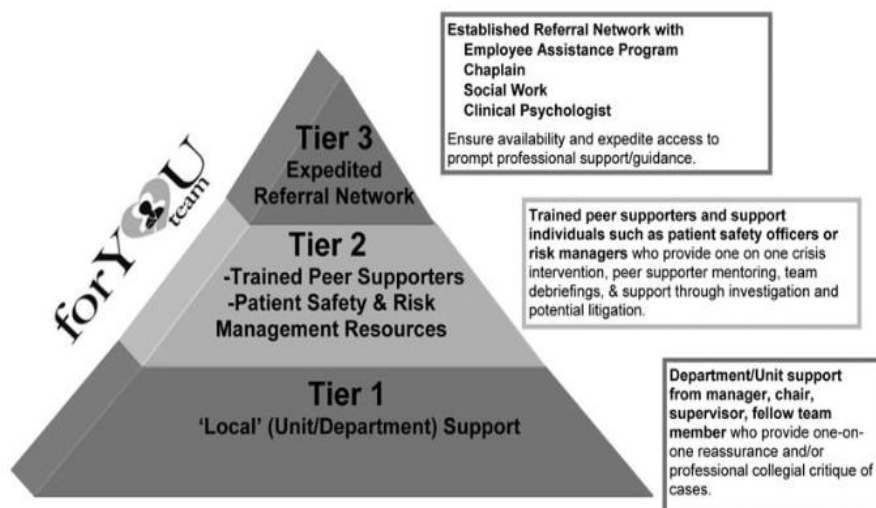


Figura 4: Los tres niveles de apoyo en los que se estructura el forYOU team (9).

Este programa ha sido tomado como referencia en otros hospitales como se describe en el estudio realizado por KD Krzan, J Merandi, S Morvay et al (37). El departamento de farmacia del Nationwide Children's Hospital (NCH) realizó una encuesta respondida por 898 profesionales de los cuales el 30% afirmó haber tenido problemas personales como resultado de haberse visto involucrado en un evento adverso por esta razón se decidió

implementar un programa similar al anteriormente relatado llamado [the YOU matter program](#).

El programa al igual que el anterior se basa en el apoyo entre compañeros de profesión. Se entrenaron a algunos miembros del departamento de farmacia para proporcionar ayuda a sus compañeros y si se requería un mayor grado de soporte los profesionales sanitarios eran derivados a servicios más específicos. Tras la implementación del mismo el 85% del personal de farmacia indicó que el programa era beneficioso.

En los estudios llevados a cabo por H Edrees, C Connors, L Paine et al (38) y por H Edrees, L Paine, R Feroli et al (29) se detalla la implementación del programa [RISE: resilience in stressful events](#) en el John Hopkins Hospital entre los años 2010 y 2012. En primer lugar, en el año 2010 se realizó una encuesta en la que se preguntó a los profesionales que evaluaran el nivel de conciencia existente sobre el fenómeno de las segundas víctimas, que recordaran un evento adverso en el que se hubieran visto involucrados y en quién buscaron apoyo, además de proponer medidas de apoyo que les gustaría que se les ofreciera en su institución. Un aspecto a destacar de esta encuesta fue que de las 140 personas que participaron en ella un 46,3% de ellas eran enfermeras mientras que solo un 4% eran médicos. Tras la lectura de los resultados de la encuesta se inició la puesta en marcha del programa RISE.

La misión del programa RISE es proporcionar apoyo a tiempo a los profesionales sanitarios que se han visto envueltos en la ocurrencia de un evento adverso. Este programa también se basó en el programa forYOU team y entre sus objetivos destacan:

- ✓ Incrementar el nivel de conciencia y conocimiento sobre el fenómeno de las segundas víctimas.
- ✓ Proporcionar apoyo interdisciplinar y por parte de iguales en un ambiente libre de juicios.
- ✓ Dotar a los profesionales de estrategias de afrontamiento individuales y saludables ante la ocurrencia de un evento adverso.
- ✓ Guiar a los profesionales en el desarrollo y evolución de sus roles profesionales.

El programa trata de ofrecer unos “primeros auxilios emocionales” hacía aquellos profesionales que acaban de verse involucrados en un evento adverso. Este apoyo es proporcionado por compañeros que han sido entrenados para tal fin y engloba a médicos, enfermeras, trabajadores sociales, especialistas en terapias recreativas para niños, profesionales de salud mental, clero, directivos... y se activa con una simple llamada. Es confidencial y esta libre de prejuicios. Los compañeros entrenados están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Este apoyo esta centrado en las primeras etapas tras la exposición al evento ocurrido y ofrece la posibilidad de realizar sesiones grupales en las que varios profesionales cuente su experiencia.

Los “primeros auxilios emocionales” proporcionados por los compañeros entrenados reúnen las siguientes características descritas por la autora L Rowen (39):



Figura 5: Características de los “primeros auxilios emocionales” del programa RISE (39).

- ✓ Son de carácter voluntario.
- ✓ Ofrecen la oportunidad de hablar sin ninguna presión por parte del compañero que ofrece apoyo.
- ✓ Escucha activa y demostrando la presencia en la conversación.
- ✓ Compasión y cariño.
- ✓ Conocimiento de las preocupaciones que ocupan la mente del profesional sanitario involucrado.
- ✓ La explicación por parte del compañero de las reacciones y respuestas normales ante el estrés que está viviendo por lo ocurrido.
- ✓ Ofrecer discusión sobre la estrategia de afrontamiento que va a utilizar.

Finalmente, y a modo de resumen, en la revisión sistematizada llevada a cabo por D Seys, S Scott, A Wu et al (40) cuyo objetivo es identificar técnicas de apoyo para favorecer el proceso de recuperación de las segundas víctimas se recoge la siguiente tabla que reúne las características y estrategias que debe reunir un programa de ayuda hacia las segundas víctimas:

Tabla 1: Características y estrategias que debe reunir un programa de apoyo a las segundas víctimas (40).

<p>Considerations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Time between adverse event and support is crucial with 24/7 availability (Schelbred and Nord, 2007; Scott et al., 2010) • Structured sessions need to be provided (Engel et al., 2006) • Highly respected physicians or physicians in a senior position should be encouraged to discuss their errors and feelings (Levinson and Dunn, 1989) • Programs which focus to prevent, identify and treat burnout (West et al., 2006) • Promote empathy within the team (West et al., 2006) <p>Strategies</p> <ul style="list-style-type: none"> • Talk and listen to second victims (Arndt, 1994) • Organize and facilitate open discussion of the error (Engel et al., 2006; Fischer et al., 2006; Meurier et al., 1998) • Share experiences with peers (Engel et al., 2006) • Organize special conferences on the issue of second victims to increase awareness (Levinson and Dunn, 1989) • Provide a professional and confidential forum to discuss their errors (Levinson and Dunn, 1989) • Inquire about colleague coping (Wu, 2000) • Expressive writing (Wu et al., 2008)
--

4.5. Intervenciones de apoyo para la atención a las Segundas víctimas en el entorno español

El fenómeno de las Segundas víctimas ha comenzado a ser investigado recientemente en el entorno Español. Uno de los primeros estudios realizados fue el de JM Aranaz, JJ Mira, M Guilabert et al (41) en el que se presentan unas recomendaciones orientadas a la comunicación del error clínico cometido al paciente, al afrontamiento de lo ocurrido por parte de los profesionales sanitarios y a la protección de la reputación profesional y social de los mismos y las instituciones en las que trabajan. Entre las recomendaciones que se propusieron destacan las siguientes:

- ✓ La instauración de una cultura proactiva de prevención de los eventos adversos.
- ✓ Analizar el evento adverso de la forma más objetiva posible y buscar soluciones al mismo para reparar el daño que ha sufrido el paciente.
- ✓ El respeto y apoyo por parte de la dirección del centro y compañeros a los profesionales que se hayan visto involucrados en el suceso.
- ✓ Protocolizar el apoyo al profesional sanitario para controlar las reacciones de estrés agudo como ansiedad, miedo, culpa... y aportar información sobre el afrontamiento de errores.
- ✓ Poner a disposición de los profesionales apoyo legal y psicológico.
- ✓ Comunicar el evento adverso al paciente y familiares del mismo. La comunicación debe de ser llevada a cabo por el médico responsable del paciente. No hay que personalizar el error en un solo profesional y se debe capacitar a los mismos en habilidades de comunicación. Un aspecto importante es que presentar disculpas no equivale a asumir responsabilidades, y menos de tipo civil o penal ya que el centro debe proteger a sus profesionales.

Otro de los estudios realizado en España ha sido el del grupo de investigación en Segundas y Terceras Víctimas resumido en el artículo (42), en él se incluyen los estudios descriptivos y otros basados en técnicas de investigación cualitativa realizados para investigar el fenómeno de las segundas víctimas en España.

Uno de ellos consistió en un estudio para la elaboración de [una guía de recomendaciones a seguir tras la ocurrencia de un evento adverso](#) dirigida a cubrir tanto las necesidades clínicas y de información del paciente (primera víctima) como las de apoyo y asesoramiento del profesional (segunda víctima) y a evitar la pérdida de reputación de la institución (tercera víctima) (43).

El apartado D de la guía titulado “Apoyo al profesional y al equipo asistencial del que forma parte” cuyo objetivo es mitigar las consecuencias que produce el evento adverso en el profesional sanitario numera una serie de pasos que se deben seguir para llevar a cabo un seguimiento del profesional afectado, estos son los siguientes:

- I. Mantener una actitud no culpabilizadora y tener un enfoque de fallo sistémico ante la ocurrencia de un evento adverso.
- II. Determinar el número de profesionales sanitarios involucrados en el evento adverso.
- III. Ofrecer un apoyo inmediato por parte de un miembro del equipo de primera línea de ayuda a la segunda víctima. En cada unidad o servicio debe de estar identificada un profesional voluntario que desee realizar la tarea.

Las características, habilidades y conocimientos que deben reunir son la capacidad de escuchar de manera activa, la empatía, ser una persona reflexiva y no impulsiva, la capacidad de comunicación verbal, sabiendo qué decir y qué no decir con una actitud respetuosa evitando la emisión de juicios de valor y no verbal, manejando adecuadamente el contacto físico en respuesta a las necesidades emocionales del profesional afectado y los silencios en modo reconfortante. Debe ser una persona respetada y con experiencia en el centro. Tiene que tener la capacidad de discriminar síntomas depresivos, de ansiedad y de estrés postraumático para proceder a la derivación del profesional hacia una atención más especializada si fuera necesario y tiene que tener conocimientos sobre el fenómeno de las segundas víctimas y conocer los circuitos, planes y protocolos de actuación para su atención. Por último, debe tener la habilidad para compartir experiencias propias similares que puedan resultar tranquilizadoras para la segunda víctima siempre teniendo una actitud de apoyo y no resolutiva.

- IV. El mismo día, se debe ofrecer la posibilidad al profesional sanitario de no seguir atendiendo a ningún otro paciente.
- V. Se debe evitar que el profesional se sienta rechazado por sus compañeros de equipo y de centro.
- VI. Se debe intentar que el profesional continúe su rutina diaria y si precisa, se le debe ayudar a planificar su semana incrementando la actividad física y las relaciones sociales y de ocio con su familia y amigos. Asegurarse de que recibe también apoyo por parte de ellos.
- VII. No se deben realizar preguntas inquisitivas sobre el evento para averiguar si el profesional cometió un error o no. Hay que aconsejar al profesional sobre como manejar su situación actual.
- VIII. Se le debe escuchar y formularle preguntas abiertas en las que pueda expresar sus sentimientos y emociones y ayudarle a reflexionar sobre lo que debe hacer y dónde puede encontrar apoyo.
- IX. Informar al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales en caso de que se vea afectada su salud física o psíquica.
- X. Reorganizar el equipo para atender las obligaciones asistenciales de la segunda víctima.
- XI. Identificar síntomas que indiquen la necesidad de un apoyo más intenso hacia el profesional afectado. Valorar la necesidad de asistencia jurídica e informar sobre la cobertura del seguro de responsabilidad civil de la institución si fuera necesario.
- XII. Realizar un seguimiento en las semanas posteriores a la ocurrencia del evento adverso y ver si el profesional sanitario es capaz de afrontar el impacto de las consecuencias de un evento adverso.
- XIII. Mantener informado al profesional sobre el proceso de información al paciente, y del análisis de situación que se haya iniciado. Valorar si el profesional puede participar en la entrevista de información a el paciente y si puede participar en el análisis causa raíz del incidente.
- XIV. Organizar el regreso a la actividad profesional de manera paulatina e incrementando poco a poco las responsabilidades.
- XV. Programar un seguimiento periódico durante los 3 meses siguientes para asegurarse de que la segunda víctima afronta el desgaste profesional y emocional asociado al incidente.

En la guía de recomendaciones también se incluyen un checklist de actuaciones recomendadas para proporcionar ayuda a las segundas víctimas y un algoritmo de apoyo a las segundas víctimas representados en las [figuras 7 y 8](#) respectivamente.

En último lugar, en España, en las comunidades de Galicia y Cataluña como se describe en las cartas al lector (44) y (45) se han llevado a cabo intervenciones de apoyo dirigidas a las segundas víctimas.

En el Servicio Gallego de Salud (44) se consideró importante la implementación de una [guía de recomendaciones para la gestión eventos centinela y eventos adversos graves](#) que sirviera de orientación para afrontar con éxito la gestión de un evento adverso en el que se hubieran visto implicados profesionales sanitarios y pacientes.

Esta guía incluía en sus objetivos la comunicación y soporte a los profesionales sanitarios envueltos en el evento adverso para minimizar el daño psicológico que esta implicación podría ocasionar en ellos. Los gestores del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) tienen poco conocimiento sobre el número total de segundas víctimas que se han visto beneficiadas de la implantación de esta guía de recomendaciones ya que la información es de carácter confidencial y se transmite en muchas ocasiones de manera informal.

Checklist de actuaciones recomendadas para proporcionar apoyo a la segunda víctima

Fecha: _____

Centro/Hospital: _____

Unidad/Servicio: _____

APOYO AL PROFESIONAL Y AL EQUIPO ASISTENCIAL DEL QUE FORMA PARTE		
Acción	Fecha	Observaciones
<input type="checkbox"/> Imprimir una actitud positiva desde un enfoque de fallo sistémico ante los EA		
<input type="checkbox"/> Determinar el número de segundas víctimas relacionadas con el EA		
<input type="checkbox"/> Hablar y escuchar a la segunda víctima – <i>Profesional del entorno inmediato con perfil similar y capacidad para apoyar a la segunda víctima</i>		
<input type="checkbox"/> Reorganizarse para atender las obligaciones asistenciales de la segunda víctima (sólo si el profesional lo desea)		
<input type="checkbox"/> Animar a incrementar/mantener la actividades de ocio cotidianas así como las que realiza en familia o con amigos		
<input type="checkbox"/> Ayudar al profesional a la tramitación de la baja laboral (si procede) en coordinación con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del centro		
<input type="checkbox"/> Identificar síntomas que sugieren la necesidad de un apoyo adicional más intenso en la segunda víctima		
<input type="checkbox"/> Valorar las necesidades de atención personalizada de la segunda víctima		
<input type="checkbox"/> Valorar la necesidad de asistencia jurídica que pueda precisar el profesional		
<input type="checkbox"/> Informar sobre la cobertura del seguro de responsabilidad civil de la institución		
<input type="checkbox"/> Informar al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales en caso de que se vea afectada la salud física o psíquica del profesional		
<input type="checkbox"/> Informar sobre las posibilidades de apoyo específico dentro y fuera de la institución		
<input type="checkbox"/> Coordinar la actuación de apoyo emocional y jurídico		
<input type="checkbox"/> Realizar un seguimiento del profesional en los días posteriores al incidente para asegurar su recuperación efectiva		
<input type="checkbox"/> Mantener informado al profesional sobre los procesos de información al paciente y de análisis de lo ocurrido		
<input type="checkbox"/> Invitarle a participar en el análisis causa raíz del incidente en caso de estar capacitado y considerarse adecuado		
<input type="checkbox"/> Organizar su regreso a la actividad clínica tras EA (incremento paulatino de responsabilidad)		
<input type="checkbox"/> Programar seguimiento del profesional en los siguientes 3 meses		

Figura 6: Checklist de actuaciones recomendadas para proporcionar ayuda a las segundas víctimas (43).

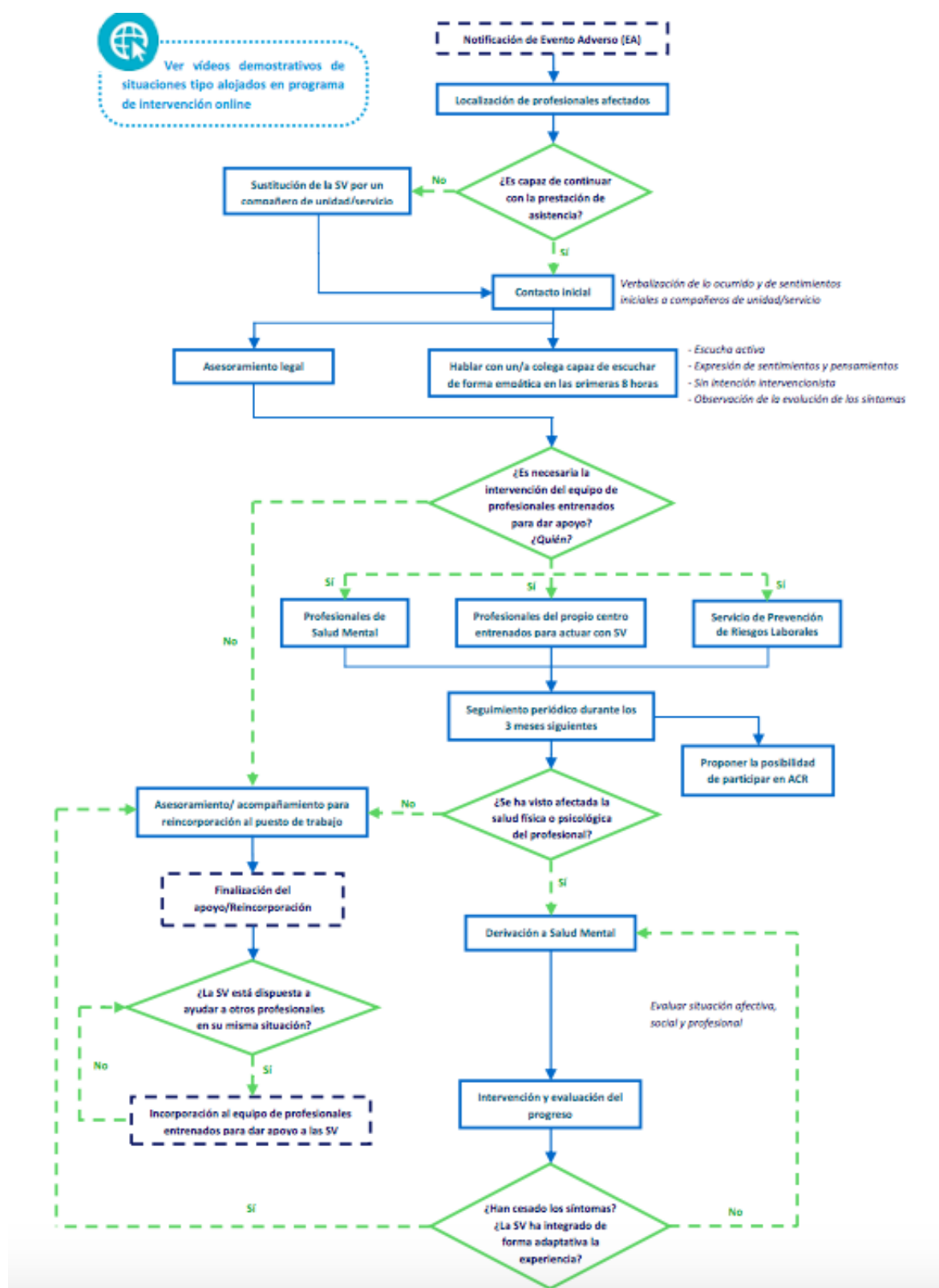


Figura 7: Algoritmo de apoyo a las segundas víctimas (43).

Un aspecto importante a destacar es que en un primer momento, el apoyo psicológico ofrecido al profesional sanitario ha sido rechazado y la respuesta emocional se ha caracterizado por la búsqueda de otros culpables, la vergüenza, la evitación, la culpabilidad y la de no reconocer la necesidad de ayuda externa. Por otro lado, se ha

considerado un aspecto positivo la sustitución inmediata del profesional implicado en sus tareas clínico asistenciales el tiempo que lo necesitara y ninguno de los profesionales ha querido participar en el análisis causa raíz del evento adverso cometido.

Y finalmente, en Tarragona, el Grupo de asistencia sanitaria y social (45), en el año 2007 constituyó una [unidad de soporte a las segundas víctimas del incidente crítico \(USVIC\)](#). Esta unidad está constituida por un médico especialista en bioética, 2 enfermeras, un psicólogo especialista en psicooncología, un abogado para poder resolver posibles dudas jurídicas que tenga el profesional afectado, un responsable de la unidad de vigilancia de la salud y la dirección de calidad encargada de activar al grupo cuando este sea necesario. Las funciones que realiza la unidad son las siguientes:

- ✓ Apoyar a los profesionales sanitarios que se hayan visto involucrados en un evento adverso.
- ✓ Facilitar la relación institucional con el paciente y la familia tras la ocurrencia del evento adverso.
- ✓ Atender las inquietudes de los profesionales implicados y apoyarlos psicológicamente ante el impacto emocional que sufren y los pensamientos intrusivos que les acompañan. Realizar un seguimiento médico en caso de detectar situaciones patológicas.
- ✓ Ofrecer orientación jurídica ante las posibles consecuencias judiciales que pudieran surgir.
- ✓ Ayudar a comunicar la información del evento adverso a la familia del paciente y en el proceso de pedir disculpas.

La información que se gestiona en la USVIC es de carácter confidencial y no puede ser utilizada en perjuicio del afectado y de la institución. La unidad como he explicado antes la activa la dirección de calidad y en el momento de su activación los miembros de ella se presentan en el centro donde han ocurrido los hechos para ofrecerles su atención y apoyo.

5. DISCUSIÓN

Como hemos visto a lo largo de todo este trabajo, los eventos adversos están presentes en el entorno sanitario español y casi la mitad de ellos son evitables (4), (5), (6), (7). A raíz de todos estos estudios se comenzaron a investigar, desarrollar e implementar medidas que protegieran a los pacientes “primeras víctimas” de los mismos pero quedó en el olvido la protección de los profesionales sanitarios involucrados en ellos acuñados con el término “segundas víctimas” al quedar traumatizados emocionalmente y profesionalmente por esta experiencia como definió el autor Albert Wu (8) y más tarde, Susan Scott (9) en sus estudios.

Este trabajo ha tenido como objetivo estudiar el impacto que tiene la ocurrencia de un evento adverso en los profesionales sanitarios. Todos los estudios identificaron las mismas seis etapas de recuperación por las que atravesaban las segundas víctimas: confusión y respuesta al accidente, pensamientos intrusivos, restaurar su integridad personal, resistiendo al proceso, consiguiendo apoyo emocional y siguiendo hacia delante abandonando la profesión, superviviendo o superando lo ocurrido (11), (26), (23) a excepción del realizado por Rinaldi, Leigh, Vanhaecht et al (12) que identificó las mismas seis etapas pero que estas eran atravesadas por las segundas víctimas en distinto orden al presentado en los anteriores estudios. En todos ellos participaron distintos profesionales sanitarios pertenecientes a distintos entornos. Como se comenta en los resultados y se hace referencia en el estudio (23) los cirujanos atraviesan 4 etapas en lugar de 6 y estas son el golpe, la caída, la reflexión y la recuperación.

Respecto a la sintomatología física, psíquica y mental experimentada por los profesionales sanitarios tanto en el ámbito personal y familiar como en el profesional todos los estudios revisados llegan a las mismas conclusiones (20), (21), (25), (24), (12), (26), (27), (28). Llama la atención, la repercusión que tiene en algunos colectivos como en el de los cirujanos la sintomatología experimentada ya que el sufrir físicamente por ejemplo temblor, les puede llegar a incapacitar a la hora de realizar su técnica quirúrgica y la importancia que toma el entorno de trabajo en el caso de las enfermeras en el que las interrupciones a las que son sometidas puede favorecer la ocurrencia de un evento adverso y con ello desencadenar toda la sintomatología.

Las intervenciones de apoyo desarrolladas hasta el momento para ayudar a superar la experiencia a las segundas víctimas tienen en común que son llevadas a cabo por compañeros de los profesionales afectados que comparten su misma profesión y bagaje (33), (9), (38), (40). Los profesionales sanitarios involucrados en un evento adverso prefieren ser apoyados por sus propios compañeros debido al estigma existente a la hora de buscar ayuda para superar una experiencia como esta. Todas intervenciones de apoyo implementadas han tomado como referencia la pirámide en la que se representan los tres niveles de apoyo descritos en el estudio (9) conocidos como el 1) apoyo local que es prestado por los compañeros que trabajan en la unidad o servicio donde se produce el evento adverso, el 2) apoyo individual proporcionado por profesionales sanitarios entrenados específicamente para ayudar en esta situación y el 3) apoyo especializado que pueden necesitar las “segundas víctimas” más afectadas tanto personalmente como profesionalmente. Los compañeros de trabajo son el principal punto de apoyo para los profesionales sanitarios involucrados en el evento adverso pero si estos requieren un mayor grado de ayuda deben ser derivados a otros servicios más especializados como el de salud mental.

En España, las intervenciones de apoyo realizadas como el establecimiento de una serie de recomendaciones para afrontar la ocurrencia de un evento adverso (41), la elaboración de una guía de recomendaciones a seguir tras la ocurrencia de un evento adverso (43), la implementación de una guía de recomendaciones para la gestión eventos centinela y eventos adversos graves en el Servicio Gallego de salud (44) y la instauración en Tarragona de unidad de soporte a las segundas víctimas del incidente crítico (USVIC). (45) para ayudar a superar la experiencia a las “segundas víctimas” han sido desarrolladas en los últimos años siguiendo el ejemplo de los tres niveles de apoyo puestos en marcha en las intervenciones realizadas en el ámbito internacional anteriormente descritas. En lugar de implementar un programa de apoyo como “Peer support team”, “Rapid Response Team forYOU Team” o RISE: resilience in stressful events” entre otros, se han escogido protocolos y guías de recomendaciones que sirvan de orientación a los profesionales para abordar una situación de la que no se estaba concienciado hasta hace pocos años. No se han encontrado estudios que muestren si es más efectivo un programa de intervención o un protocolo debido a que estos llevan implementados muy poco tiempo y sólo en algunas comunidades de España.

En mi opinión, aún queda mucho trabajo por realizar para apoyar y concienciar a los profesionales sanitarios sobre el fenómeno de las segundas víctimas, se debe en primer lugar dar a conocer la sintomatología que estos experimentan para después implementar acciones que sirvan de apoyo y protección para este colectivo. Para ello, es necesario un cambio en la cultura sanitaria (30), los profesionales sanitarios deben tener presente que los seres humanos somos seres falibles y la cultura sanitaria debe estar centrada en los fallos del sistema y no en los fallos humanos. Además, la sociedad debe de tener conciencia de que la asistencia sanitaria no es segura al 100% y de que los errores en ella están presentes.

Finalmente, hubiera sido interesante realizar una pequeña encuesta en la que se evaluara el grado de conocimiento existente sobre el impacto que tienen los eventos adversos en los profesionales sanitarios de la Comunidad Foral de Navarra puesto que en los estudios españoles (10) y (31) no participa nuestra comunidad y sólo participan 8 comunidades autónomas de nuestro país por lo que no se tienen datos sobre el conocimiento de este fenómeno en todas las comunidades de España y es preciso seguir estudiándolo en el resto para así poder implementar una intervención de apoyo o un protocolo para la atención a los profesionales sanitarios afectados a nivel nacional.

6. CONCLUSIONES

Vista la importancia del fenómeno de las segundas víctimas con la realización de este trabajo cabe destacar como conclusiones que:

- ✓ Los eventos adversos están presentes en el sistema sanitario y casi la mitad de ellos son evitables. La ocurrencia de un evento adverso tiene consecuencias en la “primera víctima”, el paciente y sus familiares, en la “segunda víctima”, los profesionales sanitarios involucrados en él y en la “tercera víctima”, la organización sanitaria.
- ✓ Los profesionales sanitarios involucrados en un evento adverso se ven afectados personalmente en la esfera física, ocasionándoles problemas de sueño, apetito e incluso taquicardia, en la esfera emocional y mental experimentando “triggering” y “mulling” entre otros síntomas y profesionalmente, planteándose abandonar la profesión sanitaria en algunos casos.
- ✓ A nivel internacional existen diferentes intervenciones de apoyo dirigidas a las “segundas víctimas” como el Peer support team, Medically Induced Trauma Support Services (MITSS), Rapid Response Team forYOU Team y el programa RISE: resilience in stressful events.
- ✓ En el entorno español se ha realizado recientemente por el grupo de investigación en Segundas y Terceras Víctimas una guía de recomendaciones a seguir tras la ocurrencia de un evento adverso y en las comunidades de Galicia y Cataluña se han desarrollado una guía de recomendaciones para la gestión eventos centinela y eventos adversos graves y unidad de soporte a las segundas víctimas del incidente crítico (USVIC) respectivamente.

7. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a mi tutora Esther Ezquerro Rodríguez haber sido mi guía en la realización de este trabajo. Sin su ayuda y sus instrucciones no habría sido posible llevarlo a cabo.

En segundo lugar, a mis padres por haberme ayudado a sacar fuerzas y energía en los momentos más difíciles y de agobio.

Y finalmente, a mi amiga y compañera de estudio Ainara González Córdoba quien ha compartido tantas tardes de conversación y estudio en la biblioteca realizando este trabajo.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Kohn LT, Corrigan JM DM. (Institute of Medicine) To err is human: Building a safer health system. Washington, DC Natl Acad Press. 2000;
2. World Health Organization. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. The conceptual framework for the international classification for patient safety, versión 1.1. Geneva WHO [Internet]. 2009; Available from: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
3. Instituto de Investigaciones Epidemiológicas. SEGURIDAD DEL PACIENTE | Glosario de Términos [Internet]. [cited 2016 Dec 17]. Available from: <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/glosario.asp>
4. Aranaz Andrés JM, Aibar Remón C, Vitaller Burillo J, Ruiz López P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización . ENEAS 2005. Minist Sanid y Consum [Internet]. 2006;170. Available from: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/ops_sp2.pdf
5. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ, Orozco D TE, Al. E. Estudio sobre seguridad de los pacientes en Atención Primaria de salud. APEAS 2008.
6. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T. EVADUR: Eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. Emergencias. 2010;22(6):415–28.
7. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud; Informes E e I. SYREC. Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico 2007. Informe Mayo 2009. 2010; Available from: <http://www.seguridadelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/epidemiológicos/2008/>
8. Wu AW. Medical error: the second victim. BMJ Br Med J [Internet]. 2000 Mar 18 [cited 2016 Nov 17];320(7237):726–7. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.320.7237.726>
9. Susan D. Scott, R.N., M.S.N.; Laura E. Hirschinger, R.N., M.S.N., A.H.N.-B.C.; Karen R. Cox, R.N., Ph.D.; Myra McCoig; Kristin Hahn-Cover, M.D.; Kerri M. Epperly, R.N., C.C.R.N.; Eileen C. Phillips, R.N.; Leslie W. Hall M. Caring for Our Own: Deploying a Systemwide Second Victim Rapid Response Team. Jt Comm J Qual Patient Saf [Internet]. 2010;36(5):233–40.
10. Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, et al. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. BMC Health Serv Res [Internet]. 2015 Dec 9 [cited 2016 Nov 17];15(1):151. Available from: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0790-7>
11. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim"; after adverse patient events. Qual Saf Health Care [Internet]. 2009 Oct [cited 2016 Nov 17];18(5):325–30. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19812092>

12. Rinaldi C, Leigh F, Vanhaecht K, Donnarumma C, Panella M. Becoming a second victim" in health care: Pathway of recovery after adverse event. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2016;31(S2):11-9. Available from: www.elsevier.es/calasis
13. MSSSI. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020. 2015; Available from: <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/informacion/publicaciones/2015/estrategia-seguridad-del-paciente-2015-2020/>
14. The Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015. Methodology for JBI Scoping Review [Internet]. Australia; 2015. Available from: www.joannabriggs.org
15. Proyecto FISS PI13/0473 y PI13/01220: Impacto de los eventos adversos en los profesionales sanitarios: Segundas y Terceras Víctimas. <http://www.segundasvictimas.es>.
16. Missouri University Health Care forYOU Team-Caring for our Own. <http://www.muhealth.org/about/qualityofcare/office-of-clinical-effectiveness/foryou-team/>.
17. Johns Hopkins Medicine. Caring For The Caregiver. <https://www.johnshopkinssolutions.com/solution/rise-peer-support-for-caregivers-in-distress/>.
18. MITSS. Medically Induced Trauma Support Services. <http://www.mitss.org/index.html>.
19. Second Victim Foundation. <http://www.secondvictimfoundation.org/>.
20. Van Gerven E, Deweer D, Scott SD, Panella M, Euwema M, Sermeus W, et al. Personal, situational and organizational aspects that influence the impact of patient safety incidents: A qualitative study. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2016;31(S2):34-46. Available from: www.elsevier.es/calasis
21. Abd Elwahab S, Doherty E. What about doctors? The impact of medical errors. *Surgeon* [Internet]. 2014 Dec [cited 2016 Dec 2];12(6):297-300. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1479666X14000742>
22. Schwappach DLB, Boluarte TA. The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organisational accountability. *Swiss Med Wkly Early Online Publ* [Internet]. 2008; 139 (1-2): 9-15.
23. Marmon LM, Heiss K. Improving surgeon wellness: The second victim syndrome and quality of care. *Semin Pediatr Surg* [Internet]. 2015;24:315-8.
24. Paparella S. Caring for the Caregiver: Moving Beyond the Finger Pointing After an Adverse Event. *J Emerg Nurs* [Internet]. 2011;37(3):263-5. Available from: www.jenonline.org
25. Jones JH, Treiber LA. When nurses become the "second victim". *Nurs Forum* [Internet]. 2012 Oct [cited 2016 Dec 2];47(4):286-91. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1744-6198.2012.00284.x>

26. Pratt SD, Jachna BR. Care of the clinician after an adverse event. *Int J Obstet Anesth* [Internet]. 2015 Feb [cited 2016 Dec 2];24(1):54–63. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0959289X1400140X>
27. Ullström S, Andreen Sachs M, Hansson J, Ovretveit J, Brommels M. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2014 Apr [cited 2016 Dec 15];23(4):325–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24239992>
28. Seys D, Wu AW, Gerven E Van, Vleugels A, Euwema M, Panella M, et al. Health Care Professionals as Second Victims after Adverse Events: A Systematic Review. *Eval Health Prof* [Internet]. 36(2):135–62.
29. Hanan H. Edrees, Lori A. Paine, E. Robert Feroli AWW. Health care workers as second victims of medical errors. *Pol Arch Med Wewn* [Internet]. 2011;121(4):102–7.
30. Mira JJ, Lorenzo S. Las segundas víctimas de los incidentes para la seguridad de los pacientes Second victims of safety patient incidents. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2016;31(S2):1–2. Available from: www.elsevier.es/calasis
31. Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Pérez-Pérez P, Iglesias F, et al. Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2015 Dec 22 [cited 2016 Nov 17];15(1):341. Available from: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0994-x>
32. Denham CR. TRUST: The 5 Right of the Second Victim. *Patient Saf* [Internet]. 2007;3(2):107–19.
33. Peer support: healthcare professionals supporting each other after adverse medical event. *Qual Saf Heal Care* [Internet]. 2008;17:249–52.
34. O'Connor E, Coates HM, Yardley IE, Wu AW. Disclosure of patient safety incidents: A comprehensive review. *Int J Qual Heal Care* [Internet]. 2010;22(5):371–9.
35. Torijano Casalengua ML, Astier Peña P MSJ. El impacto que tienen los eventos adversos sobre los profesionales sanitarios de atención primaria y sus instituciones. *Aten Primaria* [Internet]. 2016;48(3):143–6. Available from: www.elsevier.es/ap
36. De Wit M, Wu A et al. Supporting Second Victims of Patient Safety Events: Shouldn't These Communications Be Covered By Legal Privilege?. *J Law, Med Ethics* [Internet]. 2013;41(4):852–9. Available from: <https://extranet.unavarra.es/ehost/pdfviewer/,DanaInfo=web.a.ebscohost.com+pdfviewer?vid=8&sid=d63e7398-1789-4b8e-9065-64b48e5a0057%40sessionmgr4010&hid=4104>
37. Krzan KD, Merandi J, Morvay S, Mirtallo J. Implementation of a "second victim" program in a pediatric hospital. *Am J Heal Pharm* [Internet]. 2015 Apr 1 [cited 2016 Dec 2];72(7):563–7. Available from: <http://www.ajhp.org/cgi/doi/10.2146/ajhp140650>

38. Edrees H, Connors C, Paine L, Norvell M, Taylor H, Wu AW. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open* [Internet]. 2016 Sep 30 [cited 2016 Dec 1];6(9):e011708. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27694486>
39. Rowen L. Resilience in stressful events. *News Views Dep Nurs Patient Care Serv Univ Maryl Med Center* [Internet]. 2015;1-5.
40. Seys D, Scott S, Wu A, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, et al. Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: A literature review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2013;50(5):678-87.
41. Grupo de trabajo Segundas Víctimas. Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas Repercussion of adverse events upon the healthcare professionals. A study of the second victims. *Trauma Fund MAPFRE* [Internet]. 2013;24(1):54-60.
42. Carrillo I, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, Torijano ML, Iglesias-Alonso F, et al. Propuestas para el estudio del fenómeno de las segundas víctimas en España en atención primaria y hospitales. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2016;31(S2):3-10. Available from: www.elsevier.es/calasis
43. Grupo de investigación de segundas y terceras víctimas. Guía de Recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas. 2015. p. 1-55.
44. Pais Iglesias B, Rodríguez Pérez B MRM et al. Cartas a la directora. Gestión de segundas víctimas en Galicia. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2016;31(S2):47-9. Available from: www.elsevier.es/calasis
45. Bueno Domínguez MJ, Briansó Florencio L CFL et al. Cartas a la directora. Experiencia de unidad de soporte a las segundas víctimas (USVIC). *Rev Calid Asist* [Internet]. 2016;31((S2)):49-52.

ANEXO I: Características de los artículos seleccionados

AUTORES Y AÑO	DISEÑO	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
(JJ Mira, I Carrillo, S Lorenzo et al) 2015	<p>Tipo de estudio: descriptivo transversal.</p> <p>Participantes: 1087 profesionales médicos y enfermeros procedentes de AP y AE.</p> <p>Duración: Mayo-Julio 2014.</p> <p>País: España</p>	<p>Evaluar el impacto que tienen los eventos adversos sobre las segundas víctimas en Atención primaria y hospitalaria en España.</p>	<p>1º Se invitó a participar en el estudio a 2677 profesionales mediante un email en el que se explicaban los objetivos del estudio y la importancia de participar.</p> <p>2º Realización de un cuestionario online estructurado en tres secciones que evaluaban las siguientes variables: el efecto de la cultura de la seguridad, la transparencia en la comunicación con el paciente y familiares y la experiencia como segunda víctima y las intervenciones de apoyo recibidas.</p>	<p>Un total de 430 profesionales sanitarios habían informado a un paciente sobre un error. Esto se lleva a cabo con más frecuencia en los lugares en los que hay mayor cultura de seguridad.</p> <p>Un total de 727 profesionales han experimentado el fenómeno de segunda víctima directamente o indirectamente a través de un compañero.</p> <p>La respuesta emocional que provoca se caracteriza por sentimientos de culpabilidad, ansiedad, revivir el evento, cansancio, insomnio y sentimientos persistentes de inseguridad.</p>
(JJ Mira, I Carrillo, S Lorenzo et al) 2015	<p>Tipo de estudio: descriptivo transversal.</p> <p>Participantes: 406 profesionales encargados en la seguridad hospitalaria.</p> <p>Duración: Febrero-Abril 2014.</p> <p>País: España.</p>	<p>Identificar y analizar las intervenciones adoptadas en AP y hospitalaria para abordar a las segundas víctimas.</p>	<p>1º Se invitó a realizar un cuestionario online a 633 profesionales.</p> <p>2º El cuestionario analizaba 5 áreas de intervención: cultura de la seguridad, planes establecidos por la organización sanitaria ante la ocurrencia de un EA, medidas para asegurar la transparencia en la comunicación de un EA, intervenciones de apoyo para las segundas víctimas y acciones para proteger la reputación de la organización sanitaria.</p> <p>3º En cada una de las áreas evaluadas en el cuestionario se proponían unas intervenciones a desarrollar (45). Los profesionales tenían que responder a dos preguntas, en qué grado esa intervención estaba implementada en su organización y la utilidad que pensaban que tenía.</p>	<p>El 71% de los participantes pertenecientes al medio hospitalario y el 61% pertenecientes a AP reconocieron que las intervenciones de apoyo hacia las segundas víctimas eran insuficientes y que no había establecido ningún protocolo para el abordaje de estas víctimas.</p>

(A Wu) 2000	Tipo de estudio: Revisión narrativa. País: Estados Unidos.	Manifestar que el profesional que comete el evento adverso es un perjudicado más junto con el paciente y su familia.	Se revisan 7 fuentes bibliográficas.	La cultura de perfección existente en la medicina hace que los hospitales y médicos reaccionen ante un error como una anomalía e intentan buscar un culpable al mismo. Todos los profesionales sanitarios conocen la sensación de cometer un error, se sienten solos y expuestos al medio sin saber como actuar ante lo que acaba de ocurrir. Se revive el error una y otra vez. Se cuestiona la competencia profesional.
(JJ Mira, S Lorenzo) 2016	Tipo de estudio: Revisión narrativa. País: España.	Estudiar la respuesta de los profesionales tras un incidente.	Se revisan 14 fuentes bibliográficas.	El sufrimiento que experimenta el profesional sanitario es distinto al del paciente. Es un impacto negativo que incapacita y aumenta la probabilidad de error en los sucesivos días. Este miedo a cometer un nuevo error desemboca en una medicina defensiva que tiene consecuencias negativas para los pacientes, los profesionales y el sistema sanitario.
(JM Aranz, JJ Mira, M Guilbert et al) 2013	Tipo de estudio: técnica de investigación cualitativa Metaplan. Participantes: 28 profesionales distribuidos en tres grupos de trabajo. País: España	Consensuar recomendaciones para paliar los efectos de eventos adversos (EA) en las segundas víctimas.	1ª Revisión sistemática para determinar los aspectos clave del tema de estudio. 2ª Técnica de investigación cualitativa Metaplan. El equipo investigador definió los temas clave a debatir por los participantes. Se les presenta las cuestiones definidas de forma individual para que formulen recomendaciones y después debatieran las mismas en grupo. 3ª Cada participante debía ponderar las ideas en un rango entre 0 y 5 y esto permitió identificar las actuaciones más adecuadas para abordar la atención a las segundas víctimas.	Se establecieron una serie de medidas para favorecer la reintegración hacia la actividad profesional con seguridad tanto para el profesional como para los pacientes. En cuanto a quién es el profesional que debe ser el encargado de informar sobre la ocurrencia del EA existió amplio consenso en qué debe ser el médico responsable del paciente el encargado de informar. Si el médico responsable fuera el que ha cometido el error se valoraría si este debiera informar o no. No se personaliza el error. Se recomendó apoyo emocional a los profesionales implicados y familiares, hablar con el paciente y familia, analizar el error y buscar una solución si fuera posible al mismo, controlar las reacciones de estrés agudo como el miedo, la ansiedad, la culpa..

<p>(I Carrillo, L Ferrús, C Silvestre et al) 2016</p>	<p>Tipo de estudio: descriptivo transversal. Participantes: 1493 directivos, coordinadores de seguridad y personal asistencial. País: España.</p>	<p>Elaboración de una guía de pautas a seguir tras la ocurrencia de un EA dirigidas a cubrir tanto las necesidades clínicas y de información del paciente como las de apoyo y asesoramiento del profesional y evitar la pérdida de reputación de la institución.</p>	<p>Un equipo core multidisciplinar fue el responsable de llevar a cabo la revisión de la literatura, de aplicar técnicas cualitativas con grupos de profesionales para identificar situaciones problema y de analizar la información para elaborar un conjunto de recomendaciones. En el desarrollo de la guía se utilizó el instrumento AGREE II y fue evaluada por un grupo independiente de directivos y coordinadores de seguridad en términos de comprensión factibilidad y utilidad.</p>	<p>La guía de recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas reúne en total 85 acciones recomendadas agrupadas en 8 categorías: cultura de seguridad y política institucional, atención al paciente víctima del EA, actitud proactiva para evitar que vuelva a producirse, apoyo al profesional y equipo asistencial, activación de los recursos para dar una respuesta adecuada y a tiempo, informar al paciente o a sus familiares, análisis detallado del incidente y cuidar la reputación de los profesionales e institución.</p>
<p>(C Rinaldi, F Leigheb, K Vanhaecht et al) 2016</p>	<p>Tipo de estudio: cualitativo fenomenológico. Participantes: 33 profesionales sanitarios (enfermeras, médicos, matronas y otros). Duración: Julio 2012-Enero 2013. País: Italia</p>	<p>Estudio de las segundas víctimas en Italia describiendo el impacto físico, psicológico y social que tiene un evento adverso en ellas. Describir las fases del proceso de recuperación y las intervenciones de apoyo disponibles para la segunda víctima.</p>	<p>1ª Se invitó a participar a todos los profesionales pertenecientes a dos organizaciones sanitarias. Los interesados fueron contactados vía email y informados más detalladamente. Firmaron un consentimiento informado y se les aseguró la confidencialidad y el anonimato.</p> <p>2ª La entrevista semi-estructurada contenía 25 preguntas que abordaba cuestiones epidemiológicas personales y profesionales, el relato del evento adverso vivido, los síntomas físicos y emocionales experimentados y propuestas de mejora en el apoyo a la segunda víctima. La duración era de una hora y era grabada, además se tomaban notas para mantener los detalles contextuales. Luego han sido transcritas por una persona y revisadas por otra</p>	<p>Todos los entrevistados describían las etapas de recuperación descritas en la literatura Norteamericana. (confusión y respuesta al accidente, pensamientos intrusivos, restauración de la integridad personal, resistiendo al proceso, consiguiendo apoyo emocional y siguiendo hacia delante).</p> <p>No en todos los participantes seguían el mismo orden. Todos los entrevistados recordaban claramente el evento adverso y referían síntomas físicos y psicológicos similares. Las intervenciones de apoyo recibidas fueron escasas e ineficientes en todos.</p>

<p>(E Van Gerven, D Deweer, SD Scott et al) 2016</p>	<p>Tipo de estudio: cualitativo fenomenológico. Participantes: 31 médicos, enfermeras y comadronas que habían estado involucrados en un evento adverso durante una intervención. Duración: Junio 2012-Enero 2013. País: Bélgica</p>	<p>Evaluar los síntomas experimentados a raíz de un evento adverso durante una intervención sanitaria, las estrategias de afrontamiento que se aplicaron, el apoyo recibido frente al apoyo necesario y los aspectos que influyeron en que uno se convirtiera en una segunda víctima.</p>	<p>1ª Se invitó a la participación mediante periódicos profesionales, asociaciones científicas y charlas hospitalarias. Los interesados debían contactar vía email o telefónicamente con el investigador y el les informa del objetivo del proyecto y asegura la confidencialidad del mismo. Los criterios para ser incluidos en el mismo eran ser una enfermera, comadrona o médico, haber vivido un evento adverso, ser voluntario, firmar consentimiento informado, trabajar actualmente y hablar la lengua en la que se realizaba la entrevista. 2ª La entrevista era semi-estructurada y tenía una duración de 45-90 min. Se analizaba el impacto emocional y profesional del evento adverso, las estrategias utilizadas para superarlo y los niveles y tipos de apoyo.</p>	<p>Los síntomas que experimenta una segunda víctima se clasifican en personales(físicos y psicológicos) y profesionales(físicas, mentales, emocionales). La estrategias de afrontamiento utilizadas se centran en el análisis de la causa del problema y la oportunidad de poder aprender de lo sucedido y mejorarlo y en la respuesta emocional negativa de represión y huida. El apoyo más necesitado es el de colegas y supervisores que han sido partícipes de la intervención, este apoyo que se presta o no depende de la cultura organizacional. Los aspectos que influyen en que un profesional sanitario se convierta en una segunda víctima son personales, situacionales y organizacionales.</p>
<p>(B Pais Iglesias) 2016</p>	<p>Tipo de estudio: carta al editor. Participantes: Servicio Gallego de Salud. País: España.</p>	<p>Dar a conocer una guía cuyo objetivo era mejorar la respuesta global de los centros ante un posible evento adverso y en ella se incluía el minimizar el daño psicológico que un evento adverso origina en los profesionales sanitarios involucrados.</p>	<p>Se revisan 9 fuentes bibliográficas.</p>	<p>Una intervención de apoyo para las segundas víctimas se recoge en la guía de recomendaciones para la gestión de eventos centinela y eventos adversos graves en los centros sanitarios del Sistema Público de Salud de Galicia. En ella, el equipo de gestión del evento adverso a través del responsable de gestión de riesgos laborales y el responsable de calidad y seguridad del centro valorará la necesidad de soporte psicológico a la segunda víctima inmediato o mantenido en el tiempo.</p>
<p>(MJ Bueno Domínguez) 2016</p>	<p>Tipo de estudio: carta al editor. Participantes: Grup SAGESSA, Dirección de calidad, Reus, Tarragona. País: España.</p>	<p>Dar a conocer la USVIC y su funcionamiento.</p>	<p>Se revisan 7 fuentes bibliográficas.</p>	<p>Se crea una Unidad de soporte a las segundas víctimas del incidente crítico (USVIC) constituida por un médico especialista en bioética, 2 enfermeras, 1 psicóloga especialista en psicooncología, 1 abogado, un responsable de la unidad de vigilancia de la salud y la dirección de calidad. Su función principal es prestarle apoyo a la segunda víctima.</p>

<p>(ML Torrijano, P Astier, JJ Mira) 2016</p>	<p>Tipo de estudio: Revisión narrativa. País: España.</p>	<p>Determinar el impacto que tienen los eventos adversos sobre los profesionales sanitarios de AP y sus instituciones.</p>	<p>Se revisan 17 fuentes bibliográficas.</p>	<p>Se considera al colectivo de las mujeres más vulnerable que al de los hombres.</p> <p>Las consecuencias de los EA tienen un impacto a nivel emocional (respuesta de ansiedad, despersonalización...) y a nivel profesional presentando una preocupación por su rendimiento y la capacidad de toma de decisiones.</p> <p>Las estrategias para afrontar el trastorno por estrés post-traumático se han tomado como referencia para afrontar la situación de las segundas víctimas</p>
<p>(SD Scott, LE Hirschinger, KR Cox et al) 2009</p>	<p>Tipo de estudio: cualitativo fenomenológico. Participantes: 31 profesionales sanitarios involucrados en eventos adversos entre 2003 y 2007. País: Estados Unidos.</p>	<p>Informar de las conclusiones obtenidas de las 31 entrevistas realizadas a segundas víctimas</p>	<p>1ª Se realiza una entrevista a cada participante que incluye 25 preguntas relacionadas con factores epidemiológicos relacionados con la profesión y personales, la experiencia del evento adverso, los síntomas físicos y psicológicos experimentados y las recomendaciones para mejorar el apoyo tras la ocurrencia del evento adverso</p> <p>2ª Los participantes fueron informados vía telefónica y se les aseguraba intimidad y confidencialidad.</p> <p>3ª La entrevista tenía una duración de una hora en un sitio elegido por el participante y tras ella se firmaba el consentimiento.</p> <p>4ª Las entrevistas fueron transcritas por una persona y otra las verificaba.</p>	<p>Los participantes experimentaron varios síntomas y estos no tenían ninguna diferencia en función del sexo o el grupo profesional al que pertenecían.</p> <p>El análisis realizado identificó 6 fases de recuperación tras la experiencia de un evento adverso: confusión y respuesta al accidente, pensamientos intrusivos, restauración de la integridad personal, resistiendo al proceso, consiguiendo apoyo emocional y siguiendo hacia delante. De cada fase se han definido sus características y las cuestiones que se plantea la segunda víctima.</p>
<p>(D Seys, SD Scott, A Wu et al) 2013</p>	<p>Tipo de estudio: Revisión sistematizada. País: Estados Unidos.</p>	<p>Identificar las intervenciones de apoyo implementadas para la atención a las segundas víctimas.</p>	<p>1ª Los artículos fueron seleccionados de las bases Medline, Embase, Cinahl comprendidos entre los años de inicio de la base de datos hasta Septiembre de 2010. El idioma seleccionado fue el Inglés.</p> <p>2ª Los criterios de inclusión eran que los artículos hablaran de acciones de apoyo realizadas por las organizaciones o los colegas profesionales para superar los síntomas emocionales causados por la experiencia de un evento adverso y estudios que hablaran de intervenciones de apoyo que fueran consideradas útiles por la segunda víctima.</p> <p>3ª Se realizó también una evaluación de la calidad de cada artículo.</p>	<p>Las intervenciones de apoyo hacia las segundas víctimas se organizan a nivel individual y a nivel de la organización. Las estrategias de apoyo a nivel organizacional se pueden dividir en programas específicos hacia las segundas víctimas y en programas más amplios que proporcionan apoyo a todos los involucrados en un evento adverso incluyendo al paciente, la familia, los profesionales sanitarios involucrados y la organización sanitaria.</p> <p>El apoyo a las segundas víctimas es necesario y las intervenciones de apoyo que se implementen deben incluir apoyo inmediato, a medio plazo y a largo plazo.</p>

<p>(E Oconnor, H Coates, I Yardley et al) 2010</p>	<p>Tipo de estudio: Revisión sistematizada. País: Estados Unidos.</p>	<p>Se ha revisado la literatura acerca de la divulgación de la ocurrencia de eventos adversos en el sistema sanitario con el objetivo de determinar los resultados deseados y esperados por los pacientes y profesionales sanitarios cuando se comunica la ocurrencia de uno, las diferencias entre la práctica real y la práctica deseada a la hora de comunicarlos y las necesidades del paciente y del profesional sanitario.</p>	<p>1º Se realizó una búsqueda en las bases de datos Embase, Medline y Cinahl. Se utilizaron palabras clave como "medical error", "adverse event", "disclosure"... Se añadieron artículos procedentes de la bibliografía de los artículos encontrados.</p> <p>2º Todos los artículos relacionados con la divulgación de la ocurrencia de un evento adverso fueron incluidos.</p>	<p>Los profesionales sanitarios y los pacientes defienden y apoyan que se comunique la ocurrencia de un evento adverso al paciente y a sus familiares.</p> <p>Los pacientes reclaman que la comunicación del mismo sea sincera, en un momento oportuno y con una disculpa.</p> <p>El estudio señala que hay una gran diferencia entre la comunicación real que se da y la comunicación que se debería de dar.</p> <p>La comunicación de la ocurrencia de un evento adverso se centra en el médico y debería estar centrada en el equipo multidisciplinar que trata al paciente.</p>
<p>(S Abd Elwahab, E Doherty) 2014</p>	<p>Tipo de estudio: Revisión narrativa. País: Irlanda.</p>	<p>Describir el fenómeno de las segundas víctimas en los médicos pertenecientes a las distintas especialidades.</p>	<p>Se revisan 20 fuentes bibliográficas.</p>	<p>Doctores de diferentes especialidades tras la ocurrencia de un evento adverso experimentaron un impacto emocional manifestado por miedo a cometer nuevos errores, pérdida de confianza por su equipo, frustración, vergüenza, enfado y culpabilidad. La calidad del trabajo y la satisfacción personal con el disminuyen significativamente.</p> <p>En algunos casos, muchos médicos han experimentado los síntomas del estrés post-traumático y una mala calidad de vida fuera del trabajo.</p> <p>Los cirujanos tienen una respuesta emocional única y se caracteriza por atravesar las siguientes fases: el golpe, la caída, la reflexión sobre el suceso y su análisis y termina con un cambio en el comportamiento del cirujano.</p> <p>El comunicar el evento adverso a la familia provoca en muchos casos un alivio en el profesional.</p>

(L Rowen) 2015	Tipo de estudio: Revisión narrativa. País: Estados Unidos.	Describir el programa RISE de apoyo a las segundas víctimas.	Se revisan 3 fuentes bibliográficas.	Los objetivos que persigue el programa RISE es incrementar la conciencia sobre el fenómeno de las segundas víctimas, proporcionar apoyo a las mismas en un entorno en el que no se juzgue, proporcionarles estrategias de superación que incrementen su bienestar y su satisfacción con su profesión.
(S Paparella, RN et al) 2011	Tipo de estudio: Revisión narrativa. País: Estados Unidos.	Inculcar a los profesionales sanitarios la cultura de no perfección en el ámbito sanitario. Errar es de humanos. No evitar el error sino decirlo y cuidarse entre ellos mismos.	Se revisan 10 fuentes bibliográficas.	La antigua cultura de perfección en la asistencia sanitaria sigue teniendo un gran peso en la actualidad. Los profesionales se enfrentan a una lucha continua entre esos deseos de perfección en su trabajo y la realidad de que son seres humanos y por ello cometer un error es posible. Este pensamiento dificulta el proceso de superación, es más fácil decirnos a nosotros mismos que hemos cometido un error que decir a los compañeros o organización que se ha cometido un error. Las enfermeras atraviesan fases de negociación consigo mismas sobre lo ocurrido, culpabilidad y negación de sus actos a consecuencia de este pensamiento y dificulta su proceso de recuperación.
(M de Wit, C Marks, J Natterman et al) 2013	Tipo de estudio: Revisión narrativa. País: Estados Unidos.	Proteger legalmente las conversaciones que tienen lugar en las programas de apoyo a las segundas víctimas para favorecer el proceso de curación y recuperación de las mismas.	Se revisan 27 fuentes bibliográficas.	Los errores no ocurren por la incompetencia de un profesional sanitario sino por una concatenación de errores en los que participa el propio sistema sanitario. El haber cometido un evento adverso debe ser comunicado a la familia pero este hecho no significa que el profesional sanitario encargado de comunicárselo acepte que tiene una responsabilidad legal del mismo. Las intervenciones de apoyo más efectivas para ellos son reuniones informativas en las que se les hable de cómo manejar ese estrés inicial y reuniones en las que se puedan discutir los aspectos que hayan podido llevar a cometer el evento adverso. Estas reuniones deben ser confidenciales y no pueden ser utilizadas en los juicios en contra de los profesionales sanitarios.

<p>(K Krazan, J Merandi, S Morvay et al) 2015</p>	<p>Tipo de estudio: Ensayo clínico. Participantes: 181 empleados del departamento de farmacia de Natiowide Children's Hospital. País: Estados Unidos.</p>	<p>Evaluar la calidad y satisfacción del personal con la implementación del YOU matter program en el departamento de farmacia del Nationwide Children's Hospital.</p>	<p>Se revisan 7 fuentes bibliográficas.</p>	<p>El 30% de una encuesta respondida por 898 personas afirmó haber tenido problemas personales como resultado de haberse visto involucrado en un evento adverso. The Nationwide Children's Hospital pharmacy department implementó el YOU matter program. El programa se basa en el apoyo entre compañeros de profesión. Todos los miembros del departamento de farmacia fueron entrenados para identificar a las segundas víctimas. Si se requería un mayor grado de soporte las segundas víctimas eran derivadas hacia servicios más específicos. Tras implementar este programa en el departamento el 85% del personal indicó que el YOU matter program era beneficioso.</p>
<p>(SD Pratt, BR Jachna) 2015</p>	<p>Tipo de estudio: Revisión narrativa. País: Estados Unidos.</p>	<p>Conocer el fenómeno de las segundas víctimas.</p>	<p>Se revisan 49 fuentes bibliográficas.</p>	<p>Los profesionales sanitarios que atienden a los pacientes que han sufrido un evento adverso y han sido partícipes de ello experimentan una respuesta emocional entendible y previsible (6 fases, 3 fases en cirujanos). Esta respuesta se caracteriza por incluir síntomas emocionales como miedo, enfado, vergüenza, soledad... y síntomas físicos como problemas de sueño, taquicardia, hipertensión... Dos síntomas que caracterizan este fenómeno son el rumiar una y otra vez sobre el suceso y el revivirlo una y otra vez. Algunos profesionales se pueden recuperar rápidamente mientras que otros pueden tardar meses o no recuperarse nunca. El no estar recuperado puede desencadenar más errores por parte de ese profesional y disminuir la calidad de los cuidados prestados a los pacientes.</p>

<p>(L Marmon, K Heiss et al) 2015</p>	<p>Tipo de estudio: Revisión narrativa. País: Estados Unidos.</p>	<p>Dar a conocer el fenómeno de las segundas víctimas en los cirujanos para así mejorar su bienestar y calidad de su cuidado.</p>	<p>Se revisan 48 fuentes bibliográficas.</p>	<p>Los factores que incrementan que un cirujano se convierta en una segunda víctima son el ser residente, jornadas de trabajo largas, el sexo femenino, la menor experiencia, la sobrecarga de trabajo que impide el desarrollo de una vida personal y familiar. Las fases que atraviesan para recuperarse son 3 al contrario que las 6 fases descritas por Susan Scott. Para evitar este fenómeno se tiene que proteger a estas víctimas, previniendo la ocurrencia de eventos adversos y desarrollando programas para su apoyo y soporte.</p>
<p>(H Edrees, C Connors, L Paine et al) 2016</p>	<p>Tipo de estudio: descriptivo transversal. Participantes: equipo multidisciplinar encargado de desarrollar el programa RISE (5 miembros), los trabajadores sanitarios voluntarios para ofrecer apoyo a las segundas víctimas y el personal sanitario que trabaja en Johns Hopkins Hospital. Duración: Enero 2010-Marzo 2016. País: Estados Unidos.</p>	<p>Describir el desarrollo del programa RISE y evaluar su viabilidad inicial e implementación final.</p>	<p>El estudio utiliza una metodología mixta (cuantitativa-cualitativa). El análisis descriptivo fue utilizado para resumir las características demográficas y las proporciones de las respuestas en función de escalas y otros valores obtenidos mediante los cuestionarios realizados al personal y a las personas que prestaban apoyo a las segundas víctimas. El análisis cualitativo fue utilizado para analizar las respuestas abiertas presentadas en los cuestionarios y los temas debatidos en las reuniones informativas realizadas.</p>	<p>Mediante la encuesta realizada al personal sanitario del hospital se puso de manifiesto que la mayoría de ellos habían experimentado un evento adverso y que el programa de apoyo preferido por ellos sería un apoyo recibido por parte de un compañero de profesión. El programa RISE obtuvo un total de 119 llamadas, que fueron incrementando a medida que llevaba más tiempo instaurado. En el periodo en el que se estaba realizando de manera piloto en el ámbito pediátrico obtuvo 15 llamadas y en los 4 primeros meses del 5º año de instauración del mismo obtuvo 15. La mayoría de las llamadas eran de enfermeras y muy pocas estaban relacionadas con errores médicos. El incremento de las llamadas se produjo gracias a los programas de aumento de conciencia sobre las segundas víctimas realizados por el hospital. Las personas que ofrecían apoyo a sus compañeros respondieron que la mayoría de los encuentros eran satisfactorios y proporcionaban ayuda a la segunda víctima.</p>

<p>(J Hones, L Treiber) 2012</p>	<p>Tipo de estudio: Revisión narrativa. País: Estados Unidos.</p>	<p>Analizar el concepto de segunda víctima dentro del contexto de errores en la administración de medicación. Examinar los factores que contribuyen que las enfermeras se conviertan en segundas víctimas tras cometer un error.</p>	<p>Se revisan 30 fuentes bibliográficas.</p>	<p>El ambiente en el que las enfermeras trabajan es uno de los factores que favorece que se cometan errores. Las enfermeras en muchas ocasiones atienden a un gran número de pacientes, cada uno de los cuales lleva medicaciones diferentes que se administran por vías diferentes y durante el proceso sufren numerosas interrupciones. Otros factores que influyen son la falta de personal y las largas jornadas de trabajo a consecuencia del mismo.</p> <p>La cultura de perfección debe ser cambiada por la toma de conciencia de que somos humanos y como tal que somos cometemos errores. No se puede exigir a las enfermeras que trabajen en esas condiciones con perfección de lo contrario esto agravará las consecuencias que tiene convertirse en una segunda víctima como son la depresión, la ansiedad, las pesadillas, la incapacidad de perdonarse a sí mismas y seguir trabajando...</p>
<p>(H Edrees, L Paine, R Feroli et al) 2011</p>	<p>Tipo de estudio: descriptivo transversal. Participantes: 350 profesionales sanitarios pertenecientes Johns Hopkins Medicine invitados a una conferencia titulada "Healthcare Workers the second victims of Medical Errors" celebrada el 24 de Junio de 2010. País: Estados Unidos.</p>	<p>Enfatizar en la importancia que tienen las intervenciones de apoyo para las segundas víctimas y en el manejo de los eventos adversos que ocurren a los pacientes. Construir una cultura de seguridad del paciente en el Hospital John Hopkins</p>	<p>1º En la conferencia a la que se invitaron a 350 profesionales se entrega una encuesta que tiene como objetivo evaluar el nivel de conciencia existente sobre el fenómeno de las segundas víctimas. Se les pide que recuerden un evento adverso en el que se hayan visto involucrados y en qué personas o método de apoyo utilizaron para superarlo.</p> <p>2º Tras la asistencia a la conferencia se les invita a que respondan a unas preguntas de un cuestionario online cuyo objetivo es identificar las medidas de apoyo que les gustaría los profesionales que se les ofrecieran.</p>	<p>Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que no se tiene conciencia sobre el fenómeno de las segundas víctimas pero si se sabe describir un episodio en el que se hayan sentido como tal.</p> <p>Las intervenciones de apoyo más solicitadas son el apoyo entre compañeros de profesión y el apoyo emocional de manera informal.</p> <p>Muchos de ellos no utilizan las intervenciones de apoyo disponibles por el estigma que existe al cometer un error y solicitar apoyo para superar el mismo.</p>

(C Denham) 2007	Tipo de estudio: Revisión narrativa. País: Estados Unidos.	Proponer 5 correctos que todos los profesionales sanitarios y segundas víctimas han de tener en cuenta cuando un paciente sufre un daño a consecuencia de un evento adverso.	Se revisan 47 fuentes bibliográficas.	Los cinco correctos son conocidos por el acrónimo inglés: TRUST. Estos son: 1. Tratar al profesional afectado. 2. Respeto. 3. Compresión y compasión 4. Apoyo al profesional y cuidado. 5. Comunicación del error, transparencia del mismo y aprendizaje.
(F van Pelt) 2008	Tipo de estudio: descriptivo transversal. Participantes: Janet Barnes, jefe de gestión de riesgos y F Van Pelt médico anestesista en el Brigham and women's Hospital I junto con la participación de diversos profesionales sanitarios. Duración: Junio 2004 - Julio 2006. País: Estados Unidos.	Describir el desarrollo e implementación del "Peer Support Service" en el Brigham and Women's Hospital.	1º Se forma un equipo de trabajo liderado por Janet Barnes, jefe de gestión de riesgos y F van Pelt, médico anestesista envuelto en un evento adverso. 2º Se realiza una encuesta a los trabajadores del medio hospitalario para determinar que tipo de intervenciones serían efectivas para el desarrollo de un programa de apoyo tras la vivencia de un evento adverso. 3º Se forma un equipo de profesionales sanitarios voluntarios respetados para proporcionar apoyo a sus compañeros envueltos en un evento adverso y se les entrena para ello.	Este "Peer Support Program" sobrepasa los estigmas que limitan la utilización por parte de los profesionales sanitarios la búsqueda de apoyo formal, ofrece un apoyo seguro en el que compartir el impacto emocional de los eventos adversos y sirve como una fundación para la comunicación abierta y la compasión en el lugar de trabajo.

<p>(SD Scott, LE Hirschinger, KR Cox) 2010</p>	<p>Tipo de estudio: ensayo clínico. Participantes: miembros y profesionales sanitarios pertenecientes a la "University of Missouri Health Care" (MUHC). Duración: Octubre 2007 - Marzo 2009. País: Estados Unidos.</p>	<p>Describir el desarrollo e implementación del programa Foryou TEAM.</p>	<p>1º En Mayo 2006, MUHC comenzó a ser consciente del fenómeno de las segundas víctimas. En Octubre de 2006 se comenzó a revisar la literatura existente acerca de este fenómeno. 2º Desde Octubre 2007 hasta Enero 2008 se realizó un estudio cualitativo en el que se entrevistaron a 31 profesionales sanitarios con el objetivo de identificar el impacto que suponía ser partícipe de un evento adverso. 3º En Febrero 2009 se desarrolla una encuesta que fue contestada por 898 profesionales de MUHC (17%) para contabilizar la frecuencia del fenómeno y los síntomas experimentados y solicitar las características deseadas de la intervención de apoyo.</p>	<p>El programa Foryou TEAM se basa en un modelo de apoyo a tres niveles diferenciados en el tipo de apoyo y la gente que lo proporciona que pretende facilitar la transición del profesional sanitario a lo largo de las 6 etapas por las que atraviesa o pasa la segunda víctima durante el proceso de recuperación emocional. El tipo y especificidad del apoyo difieren en función del momento y de las necesidades del profesional afectado.</p>
<p>(S Ullström, M Andreen, J Hansson et al) 2014</p>	<p>Tipo de estudio: cualitativo fenomenológico. Participantes: 21 profesionales sanitarios del "Swedish university Hospital" País: Suecia.</p>	<p>Investigar como los profesionales sanitarios se ven afectados por su participación en un evento adverso con especial énfasis en las programas de apoyo de la organización que necesitan y en qué grado lo reciben.</p>	<p>1º Se entrevistó a 21 profesionales sanitarios que se habían visto envueltos en un evento adverso. Se trataban de entrevistas semiestructuradas que seguían el modelo utilizado por Susan Scott. En total tenían unas 30 preguntas y cada una de ellas tenía una duración de 60-90 minutos. Los entrevistados fueron invitados vía e-mail y si estaban interesados debían contactar por vía telefónica. 2º Las entrevistas fueron transcritas para ser analizadas y se aseguró la confidencialidad a los participantes.</p>	<p>El estrés emocional que ocasiona la vivencia de un evento adverso esta relacionado con la respuesta que la organización sanitaria ofrece a ese profesional. El impacto emocional que ocasiona el verse involucrado en un evento adverso era similar al de otros estudios. El escaso soporte ofrecido por las organizaciones incrementa este impacto emocional e impide a los profesionales recuperarse.</p>

<p>(D Seys, A Wu, E Van Gerven et al) 2012</p>	<p>Tipo de estudio: Revisión sistematizada. País: Estados Unidos.</p>	<p>Determinar la definición del concepto "segunda víctima". Buscar la prevalencia y el impacto de los eventos adversos en las segundas víctimas. Buscar las estrategias utilizadas por las organizaciones sanitarias para ayudar a superar el impacto de un evento adverso a los profesionales sanitarios.</p>	<p>1º Búsqueda de artículos en las bases de datos Medline, Embase y Cinahl que respondieran a las siguientes cuatro preguntas ¿Qué definiciones de "segunda víctima" han sido descritas en la literatura sanitaria? ¿Cual es su prevalencia? ¿Cual es el impacto emocional que tienen en los profesionales? ¿Cuales son las estrategias que usan los profesionales sanitarios para superar dicho impacto?</p> <p>2º La selección de los artículos se realizó en tres pasos, búsqueda por palabras clave, revisión manual de la bibliografía encontrada siguiendo criterios de inclusión y exclusión y revisión detallada de las publicaciones de 3 autores expertos en el tema. Se incluyeron 41 artículos.</p>	<p>El término de "segunda víctima" fue primero descrito por Albert Wu en el 2000 y posteriormente definido por Susan Scott en el 2009. La prevalencia del fenómeno varía de un 10,4% a un 43,3%.</p> <p>El impacto puede ser emocional, cognitivo y de comportamiento.</p> <p>Las estrategias de superación utilizadas por los profesionales pueden tener un impacto en sus pacientes, compañeros de profesión y en ellos mismos. Estas también tienen un impacto en su práctica profesional.</p>
<p>(DL Schwappach, TA Boluarte) 2008</p>	<p>Tipo de estudio: Revisión sistematizada. País: Suecia.</p>	<p>Evaluar el impacto emocional que tiene en los médicos el haberse visto involucrado en un evento adverso. Evaluar las necesidades y las estrategias de afrontamiento utilizadas para superar el evento adverso. Evaluar las intervenciones de apoyo disponibles para los médicos envueltos en un evento adverso.</p>	<p>1º Búsqueda de artículos en las bases de datos Medline y Cinahl. Esta búsqueda fue realizada en Octubre del año 2007.</p> <p>2º Se encontraron un total de 3852 artículos, de los cuáles fueron seleccionados 87 para su lectura a texto completo. Tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión y el análisis crítico de los mismos se seleccionaron un total de 32 estudios. La revisión de los mismos fue realizada por dos investigadores.</p>	<p>Tras la vivencia de un evento adverso, los profesionales sanitarios médicos experimentan un gran impacto emocional que puede dejar una huella permanente en ellos. La responsabilidad que tienen estos profesionales afecta a su bienestar y más si se han visto involucrados en un evento adverso por esta razón las instituciones deben desarrollar programas de soporte y apoyo para los mismos y de esta manera, poder minimizar las consecuencias emocionales que experimentan los mismos.</p>